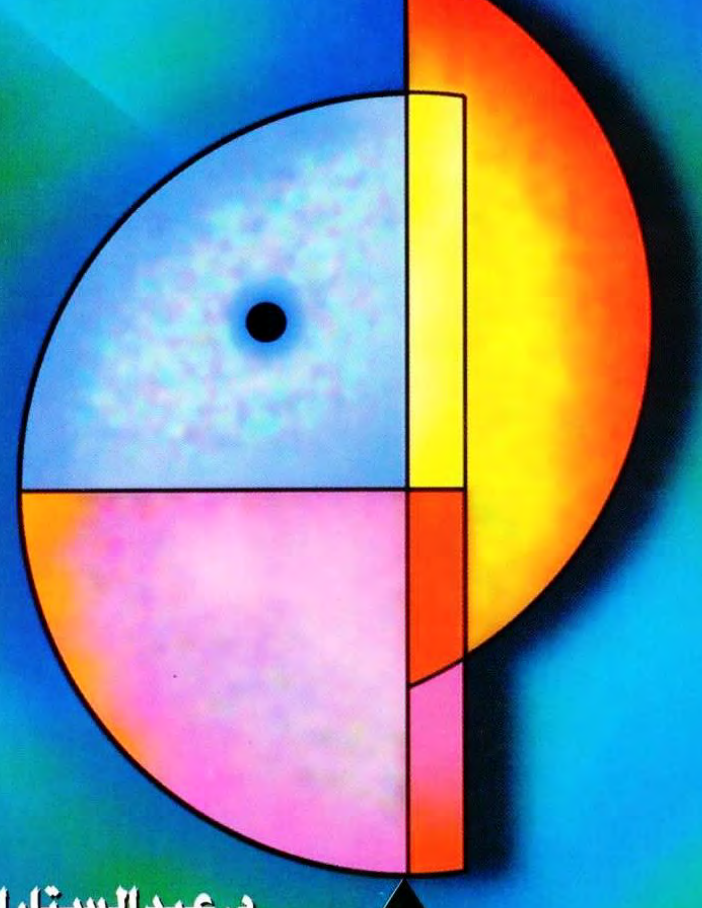
العلاج السلوكي للطفل والمراهق



د. عبد الستار إبراهيم
د. عبد العزيز بن عبد اللّه الدخيل
د. رضوى إبراهيم

دار العلوم
للطباعة والنشر
١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م


منتدى سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET

العلاج السلوكي للطفل والمراهق

د. عبد الستار إبراهيم

د. عبد العزيز بن عبدالله الدخيِّل

د. رضوى إبراهيم



للطباعة والنشر

١٤٢٠ هـ - ١٩٩٩ م

ص. ب.: ١٠٥٠
هاتف: ٤٧٧٧١٢١ ـ ٤٧٧١٩٥٢
الرياض ـ المملكة العربية السعودية

الطبعة الثانية
١٤٢٠هـ ـ ١٩٩٩م
إعادة طبع
١٤٢٤هـ ـ ٢٠٠٣م

العلاج السلوكي
للطفل والمراهق



الإهــداء

،الفن الحقيقي ليس أن تقول الشيء الصحيح في الموضع الصحيح وحسب، بل وان تمتنع عن قول الشيء الخطأ في اللحظة الحرجة،

إلى أبنائنا وأنجالهم من بعدهم،
لعلنا جميعاً نثق بقدرتنا على فعل
الشيء الصحيح واجتناب الفعل الخطأ

المحتويات

فهرس الجداول الواردة

فهرس الأشكال

مقدمة الطبعة الثانية

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب من قبل بعنوان «العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته»، ضمن سلسلة عالم المعرفة التي يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب بدولة الكويت.

أحسسنا منذ الأيام الأولى لصدور تلك الطبعة بالحماس الذي أولاه القارىء العربي للكتاب. وتأكد لنا ذلك الحماس عندما نفدت نسخه، على ضخامة عددها، في فترة قصيرة. ومنذ ذلك الوقت ونحن نتلقى العديد من المكاتبات تطلب منا إعادة طبع الكتاب، مشفوعة ببعض الملاحظات والطلبات التي تهدف إلى تطوير الكتاب وجعله قادراً على تحقيق العديد من رغبات المهتمين بموضوعه، فهذا الكتاب كما يبدو هو الكتاب الوحيد في العالم العربي في هذا الموضوع المهم.

نتيجة لهذا وذاك قمنا بإعداد هذه الطبعة الجديدة. فقمنا بمراجعته مراجعة دقيقة وحاولنا تفادي ما تبدى لنا من قصور فيه على ضوء ما استلمناه من ملاحظات، متأثرين كذلك بما توفر لنا من خبرات جديدة في ممارسة العلاج السلوكي والمعرفي مع الأطفال والمراهقين، وأضفنا إليه ما ظهر من تطورات في طرق هذا النوع من العلاج وما اهتدينا إليه بحكم متطلبات الممارسة اليومية له في عياداتنا أو فيما نتلقاه من أسئلة أو طلبات للمشورة.

وتحقيقاً لذلك، وإضافة إلى التعديلات التي أجريناها على الطبعة الأولى فقد أضفنا فصلين جديدين الأول يتحدث عن أسلوب في العلاج اتضح لنا بالممارسة أهميته وإمكانية تطبيقه في البيئة العربية وهو التعاقد

السلوكي. وقد حاولنا في ذلك الفصل شرح أسس ذلك الأسلوب وطريقة تنفيذه بشرح مفصل لحالة طبق فيها ذلك الأسلوب، وثبت نجاحه في تعديل السلوك المحوري.

كذلك أضفنا فصلاً آخر عن المراهقة وما تمثله من تحديات خطيرة للطفل والأبوين، وطرق التعامل الإيجابي مع هذه التحديات، من أجل تحسين التواصل الأسري ومنع تطور هذه التحديات إلى مشاكل خطيرة جداً.

وقد عدلنا عنوان الكتاب ليدل بشكل أوضح على محتويات الكتاب ومستجداته، خصوصاً في موضوع المراهقة. وكلنا أمل أن يجد القاريء العربي، المختص وغير المختص، في هذا الكتاب ما يعينه في مجالات التعامل بمختلف صوره مع الطفل والمراهق.

والله ولي التوفيق...

المؤلفون

الظهران: أغسطس ١٩٩٩م

مقدمة الطبعة الأولى

هدفنا الرئيسي من هذا الكتاب هو أن نقدم للقاريء العربي، ونعرض له آخر المستجدات في دراسة مشكلات الطفل وعلاج إضطراباته. وبدافع من خبرتنا، التي تنبثق أساساً من الممارسة العملية للعلاج النفسي ـ السلوكي في العالم العربي، فضلاً عن قناعتنا النظرية بأن مشكلات الطفل وإضطراباته السلوكية يمكن التحكم بها وتعديلها، اتجهنا إلى التعاون في وضع هذا الكتاب وتقديمه للقاريء، هادفين تحرير ذهنه من المفاهيم الخاطئة عن طبيعة مشكلات الطفل وتطورها ومصادرها ومناهج علاجها.

ومشكلات الطفولة تمتد في تصورنا من تلك التي تتزايد وتشتد بصورة تتطلب تدخلاً مهنياً، أو ربما تقتضي الإقامة في إحدى المصحَّات أو دور الرعاية، إلى تلك المشكلات السلوكية التي وإن بدت بسيطة فإنها تثير الإزعاج لدى الآباء والأُمهات والمهتمين برعاية الطفل. ومن ثم نجد أن مشكلات الطفولة التي يتعرض لها هذا الكتاب تمتد لتشمل مشكلات مثل التخلف العقلي، وصعوبات التعلم، واضطرابات التفكير، وإضطرابات السلوك الحادة، والإكتئاب، والعدوان المتكرر والعنف، وصولاً إلى المشكلات البسيطة المتعلقة بسوء توجيه النفس، وعدم ضبط السلوك، والمخاوف، وكل ما من شأنه أن يعيق تفاعلات الطفل الإيجابية بالمحيطين به، أو أن يعيق تحقيق نموه الطبيعي أو تحقيق الآمال التي يعلقها الآخرون عليه.

ومن ثم فجمهور هذا الكتاب يمتد ليشمل الآباء والأُمهات والمعلمين، فضلاً عن أخصائيي العلاج النفسي وأجهزة التمريض والمشرفين على دور الرعاية ومؤسسات الرعاية النفسية والعقلية. بعبارة أُخرى فحيث

يوجد إهتمام بالطفل يوجد جمهور يهمه أن يطلع بتأن وتدبُّر على هذا الكتاب.

أما الفلسفة النظرية التي أعانت على لقائنا في تأليف هذا الكتاب وجمع مادته فهي نفس الفلسفة التي تدعو لها تلك النظرية الهامة في دراسة السلوك الإنساني والتي يطلق عليها العلماء إسم نظرية التعلم. هذه النظرية كانت مرشدنا الرئيسي في تحليل مشكلات الطفل، وفي متابعة مصادر هذه المشكلات، وفي التخطيط لعلاجها، وفي تنفيذ خطط العلاج، وفي رسم خطوط التوجيه الرئيسية التي نقدمها في شكل اقتراحات عملية تحكمها طبيعة المشكلة ذاتها.

وتعلمنا نظرية التعلم أن السلوك الإنساني - سواء كان بسيطاً أو معقداً - هو - في غالبيته - مكتسب، وأن السلوك الشاذ أو المرضي يُكتسب نتيجة لأخطاء في التعامل مع الطفل. وتعلّمنا هذه النظرية أيضاً أن ما يكتسبه الطفل من أخطاء سلوكية أو إضطرابات يمكن للطفل أن يتوقف عنها أو يتعالج منها إذا ما عدلنا من الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها في المقام الأول. واتفاقاً مع الاتجاه السلوكي فقد تحاشينا في هذا الكتاب إشغال القارىء بتفسيرات وراثية، أو بإرجاع مشكلات الطفل إلى غرائز أو صراعاَت طفلية مبكرة، أو عُقَد نفسية أو غير ذلك من المفاهيم التي لا تصمد كثيراً أمام الممارسة العملية في العلاج. فنحن ركزنا في تحليلنا لأي مشكلة وعلاجها على الشروط التي أحاطت بتكونها وتطورها.

ونظرتنا التي تبنيناها للعلاج النفسي السلوكي نظرة متعددة المحاور، لأن التعلم له أوجه متعددة ومحاور متنوعة بعضها إجتماعي وبعضها إنفعالي، وبعضها الآخر يكون نتيجة لعوامل ذهنية أو معرفية أو نقص في المعلومات والخبرة بأُمور الحياة والصحة. ومن ثم، فإن المواجهة العلاجية لأي مشكلة من مشكلات الطفولة يجب أن تعكس في ذهننا هذه الرؤية

المتنوعة المحاور أي بأن نعالجها من زواياها المختلفة بدلاً من التركيز على زاوية واحدة منها.

وقد راعينا في تقديمنا لهذا الكتاب أن تحقق مادته توازناً بين النظرية والحلول العملية، لأننا حرصنا أن يكون ـ الكتاب ـ بمثابة مرشد عملي يقوم على توضيح المشكلة وعلى تقديم خطط العلاج بصورة يمكن متابعتها وتنفيذها عملياً خطوة خطوة. إننا بعبارة أُخرى لم نركز كثيراً على السؤال لماذا؟ بل ركّزنا أكثر على السؤال كيف تكونت المشكلة، وماذا نستطيع أن نفعله حيالها؟

وحاولنا من هذه الزاوية الأخيرة أن يكون هذا الكتاب للمتخصص ولغير المتخصص. إذ يمكن، بقليل من الجهد والتركيز والتأني في قراءة مادته، لغير المتخصص أن يستمد منه نصائح أو إرشادات عملية فعالة في التعامل مع المشكلات اليومية للطفل. كما يمكن للمتخصصين في الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الإجتماعية في الوطن العربي أيضاً الإطلاع على أحد الفصول الرئيسية من التقدم في هذا الميدان الذي نعلم أن مصادر الإطلاع والبحث فيه لا زالت محدودة في العالم العربي، وأن التجارب فيه والممارسة العملية له شبه منعدمة.

وراعينا أيضاً نوعاً آخر من التوازن في تقديم مادة هذا الكتاب، فبالرغم من اعتمادنا على كثير من المصادر الأجنبية والحالات المدروسة إلاً أن بعضاً من مادة هذا الكتاب، خصوصاً فيما يتعلق بالحالات التي تضمنها، مثّل مجهودات محلية للمؤلفين في ميدان العلاج النفسي السلوكي في الوطن العربي. ولهذا تغلبنا على إحدى الثغرات الرئيسية التي تسود الكتابات العربية في هذا المجال التي وإن كُتبت باللغة العربية، إلا أنها للأسف تعتمد اعتماداً كاملاً على خبرات وممارسات من خارج الوطن العربي.

وبهذه الرؤى وهذه الأهداف نقدم هذا الكتاب في خمسة أبواب رئيسية تشمل فيما بينها ما يقرب من ثلاثين فصلاً تتضافر في تغطية كثير من النقاط النظرية والمهنية والعلاجية المتعلقة بمشكلات الطفل وإضطرابات الطفولة. **الباب الأول** منها يركز على بعض المفاهيم النظرية المتعلقة بإستخدامات العلاج السلوكي في علاج مشكلات الطفل. وهو يتكون من أربعة فصول يتعرض **الفصل الأول** منها لأنواع المشكلات والإضطرابات التي يعاني منها الأطفال وكيفية تناولها سلوكياً. أما **الفصل الثاني** فقد خصصناه لشرح وتعريف العلاج السلوكي، ويتكامل هذا الفصل مع **الفصل الثالث** الخاص بالعلاج السلوكي المتعدد المحاور لكي يقدما لنا معاً معالم هذا المنهج العلاجي ومقدار التغيرات الثورية التي أحدثها في حركة العلاج النفسي بشكل عام ولعلاج مشكلات الطفل بشكل خاص. ويجيء **الفصل الرابع** ليشرح بعض معالم نظريات التعلم التي تمثل ـ كما قلنا ـ الدعامة النظرية الرئيسية لحركة العلاج السلوكي.

ويقدم لنا **الباب الثاني** ستة فصول عن بعض الأساليب العملية الصالحة لممارسة العلاج السلوكي وضبط سلوك الطفل، ونظراً لأن لكل محور من محاور العلاج السلوكي فنياته وأساليبه العملية الخاصة. فقد خصصنا كلَّ فصل من هذه الفصول الستة لشرح فنيات متعلقة بتدريب وعلاج نواحي القصور والإضطراب في سلوك الطفل بما فيها أساليب التعويد على مصادر الحظر والكف بالنقيض (**الفصل الخامس**)، واستخدام التدعيم والعقاب (**الفصل السادس**)، وتدريب المهارات الإجتماعية (**الفصل السابع**)، وتعديل أخطاء التفكير والعلاج السلوكي المعرفي (**الفصل الثامن**)، ودور المؤازرة الوجدانية (**الفصل التاسع**). ويعطينا **الفصل العاشر** قائمة متكاملة بأساليب العلاج السلوكي مجتمعة مع تحديد جوانب القوة والضعف في كل منها.

وقد خصصنا **الباب الثالث** لشرح إجراءات العلاج السلوكي فوضحنا

في **الفصل الحادي عشر** الخطوات التي يجب إتباعها لتنفيذ ومتابعة الخطة العلاجية. ثم أعطينا نماذج شارحة لبعض الخطط الملائمة لمعالجة بعض المشكلات النوعية التي يجب التنبه لها عند التعامل مع الطفل بما في ذلك خطة للتغلب على المخاوف المدرسية (**الفصل الثاني عشر**) وخطة لتشجيع الإنتباه والتغلب على الإفراط الفحركي (**الفصل الثالث عشر**)، وخطة لتشجيع الإستمرار في التغيرات الإيجابية المصاحبة للعلاج (**الفصل الرابع عشر**)، وخطة أُخرى للتغلب على التبول اللاإرادي (**الفصل الخامس عشر**)، بينما يوضح الفصل اللسادس عشر خطة لمعالجة مشاكل الانتباه والصعوبات الدراسية.

وقدمنا في **الباب الرابع** نماذج من بعض الحالات التي تم علاجها محلياً بإستخدام هذا المنهج المتعدد المحاور في العلاج السلوكي وأدمجنا فيه حالات أُخرى من معالجين آخرين رأينا أنها قد تفيد المُمارس العربي والآباء للتعامل مع مشكلات منتشرة في مجتمعات كثيرة. وقد راعينا أن تمثل هذه الحالات عينة ممثلة للمشكلات الشائعة بين الأطفال، ومن ثم فقد قدمنا في الفصول التي تبدأ **بالفصل السابع عشر** حتى **الفصل الرابع والعشرين** حالات مرضية كالإكتئاب (**الفصل السابع عشر**)، والتشتيم (**الفصل الثامن عشر**)، وإيقاع الأذى بالنفس (**الفصل التاسع عشر**) والخجل والعزلة الإجتماعية (**الفصل العشرين**) وبعض مظاهر التخلف العقلي (**الفصل الحادي والعشرين**) والخوف والذعر (**الفصل الثاني والعشرين**)، والتخلف الدراسي (**الفصل الثالث والعشرين**)، والسلوك الإتلافي كما يتمثل في حالة طفل مولع بإشعال النيران (**الفصل الرابع والعشرين**) وأخيراً قدمنا في (**الفصل الخامس والعشرين**) حالة مراهقة تعاني من مشكلة التحكم بالتبول الليلي اللاإرادي، أما (**الفصل السادس والعشرون**) فهو يحوي أسلوباً في العلاج لم يعط حقه من التجربة في مجتمعنا وقد يمثل اتجاهاً اجتماعياً جديداً كل الجدة إذ يعوّد راعي الطفل على تذكر حقوق الطفل واهتماماته.

ولاعتقادنا بأن كثيراً من مشكلات الطفل قد تكون نتيجة لأنه لم يصل بعد لدرجة ملائمة من النمو والتطور، وأنه لم يكتسب بعد الخبرة التي تمكنه من التغلب على المشكلات التي قد يراها الآباء والمعلمون كذلك بينما هي ضرورة يتطلبها النمو، فقد رأينا أن نفرد الباب الخامس لتوضيح أهم التغيرات السلوكية المصاحبة للنمو في كل مرحلة من مراحل التطور والنمو. إن هدفنا من هذا الباب أن نقدم من خلال فصوله الأربعة: السابع والعشرين والثامن والعشرين والتاسع والعشرين والثلاثين مظاهر سلوكية أو مراحل من النمو والتغير في الشخصية قد يحسبها الآباء المتعجلون، ويراها المعلمون والمشرفون المحبَطون على أنها مشكلات غير عادية تتطلب التدخل العلاجي، بينما هي في الحقيقة مظاهر عادية تصاحب النمو والتطور. إن هدف هذا الباب الرئيسي هو أن يمد جمهور القراء ونذكر المهتمين بنمو الطفل بمعلومات علمية دقيقة تمكنهم من التمييز الدقيق عند التعامل مع الطفل بين جوانب السلوك التي تصاحب مراحل نمو الطفل المختلفة وتلك الجوانب الأخرى التي يجب الاقتراب منها على أساس أنها نوع من السلوك المضطرب. ومن ثم فإن هدف هذا الباب هو شحذ القدرة وتدريبها على التمييز بين ما يجب علاجه وتغييره وذلك الذي يجب على العكس تشجيعه والتعجيل بتنميته حتى وإن بدا للعين غير المتأنية على أنه شكل من الإضطراب.

وفي أي كتاب يتضافر على كتابته أكثر من واحد، فإن الآراء والاهتمامات والاستنتاجات التي يحويها لا يمكن أن تعبر بالضرورة عن وجود اتفاق كامل بينهم. صحيح أن مؤلفي هذا الكتاب يجمعهم معاً الاهتمام بالفلسفة العامة للمدرسة السلوكية في العلاج النفسي، إلا أن لكل واحد منهم إتجاهاته العلمية وتاريخه السلوكي الخاص به. ومن ثم فإن ما يحتويه هذا الكتاب من آراء واتجاهات لا يتطابق تمام التطابق مع جميع عناصر النظام الفكري لكل واحد من مؤلفيه.

ولا يسعنا في الختام إلا أن نشكر من ساهم معنا في إعداد هذا الكتاب وطباعته. ونخص بالذكر مرضانا وطلابنا. كما نشكر السيدين منصور الدلي وعلي الصالح لتعاونهما في نسخ هذا الكتاب والقيام بالتصحيحات المتعددة له بصبر وأناة.

المؤلفون
أكتوبر ١٩٩٣م

الباب الأول

المسلمات والأُسس النظرية

الفصل الأول: إضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

الفصل الثاني: ما هو العلاج السلوكي

الفصل الثالث: العلاج السلوكي المتعدد المحاور (الموجة الثانية من التطور)

الفصل الرابع: الأُسس النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور

مقدمة الباب الأول

«السؤال الرئيسي ليس هو ماذا نعرف، السؤال الأهم هو كيف نعرف وما هو الدليل الذي يمكن أن نقدمه لتأكيد تفسيراتنا.»

أرسطو

يقول الكاتب الأمريكي «أوليفر هولمز «Oliver Holmes» «عندما تتاح للعقل فرص الإطلاع على فكر جديد، فإن من المستحيل لهذا العقل أن يتقلص بعد ذلك أبداً إلى ما كان عليه من قبل».

ما من مجال يشهد على صدق هذه العبارة أكثر من حركة العلاج السلوكي وما أضافته هذه الحركة من تطورات جذرية في الطب النفسي والعلاج النفسي بشكل عام، وما استطاعت أن تقدمه لدراسة مشكلات الطفولة وعلاجها بشكل خاص.

ظهرت التباشير الأولى لحركة العلاج السلوكي منذ فترة تتجاوز بقليل ثلاثة أرباع قرن، لكن إضافات هذه المدرسة تتلاحق تقريباً يوماً إثر آخر (الدخيّل ٩٣)، بحيث أصبح من المستحيل التغافل عن تأثيراتها العميقة على الجوانب النظرية والتقنية والإنسانية لحركة العلاج النفسي. ولن يمكن للعلاج النفسي بكل ما يرتبط به من نتائج معاصرة وتقدم مذهل في ميادين المؤسسات العلاجية والطب النفسي أن يتراجع إلى ما كان عليه قبل ظهور العلاج السلوكي.

وقد أثرت هذه المدرسة بتصوراتها الجديدة ميدان العلاج وساعدت على تطوير مبادىء فعالة في مجالات تحليل إضطرابات السلوك الإنساني

للبالغين والأطفال وطرق علاجه، مضيفة إلى هذا المجال كثيراً من التصورات والمفاهيم والأساليب العملية والتطبيقية التي أصبحت الآن جزءاً لا ينفصل عنها.

فما هو العلاج السلوكي بالتحديد؟ وما هي الإسهامات التي يتفرد بها في مجالات اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما هي الأساليب الفنية التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هي بعض الأسئلة التي يطرحها هذا الباب ويجيب عنها بشكل خاص من خلال أربعة فصول.

الفصل الأول

اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل المرحلة التي تتراوح من الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل سلوك يثير الشكوى المتكررة أو التذمر المتواصل لدى الطفل أو أبويه أو المحيطين به في الأسرة أو المؤسسات الاجتماعية والتربوية، ويدفعهم إلى التماس نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من ذلك السلوك. وسنعرض في هذا الكتاب بعض طرق العلاج السلوكي للطفل، وأنواع المشكلات التي يعاني منها الأطفال ويمكن الاستفادة من هذه الطرق لتفاديها أو تطوير الحلول الناجعة لها. ولكن علينا أولاً الحديث عن ضرورة مثل هذه الطرق.

الحاجة لعلاج الطفل:

من الميسور دائماً الحكم على البالغين بالإضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقارباً بين ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن الطفل. ففي مثل هذه الحالات نصف سلوكهم هذا بعدم النضج ونقرر بأنهم يعانون من اختلال بسبب صفاتهم الطفلية هذه. لكن عندما تصدر تصرفات مثل هذه عن طفل، فإنها قد تكون شيئاً مقبولاً لكونها تتناسب مع المتطلبات

الفكرية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يمر بها. لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسي ـ السلوكي (e.g. Lazarus, 1971) من الإندفاع والعجلة في وصف طفل معين أو دمغه بالإضطراب. ويترتب على هذا التحذير أنه يجب على المعالج النفسي أن يكون ملماً بخصائص مراحل النمو وتطور الطفولة ليميز في سلوك الطفل بين ذلك الذي يحتاج منه إلى التدخل المهني (طبي أو نفسي) بسبب شذوذه وعدم ملائمته لمتطلبات النمو، وبين ذلك الذي لا يحتاج إلى التدخل العلاجي، بل قد يكون المطلوب منه تشجيعه، بسبب انسجامه مع المتطلبات التي تفترضها خصائص مرحلة معينة من النمو.

إن كثيراً مما يعتبر اضطرابات سلوكية كالعدوان والحركة الزائدة والتحطيم والبكاء والتبول اللاإرادي واضطرابات النوم، وهي المشكلات التي تسبب عادة إزعاجاً للأسرة، قد تعكس لدى كثير من الأطفال خصائص المرحلة الزمنية التي يمرون بها، ومن ثم فإن من غير الملائم وصفها بالشذوذ أو المرض.

وفي المقابل يمكن ـ اعتماداً على البحوث التي تدرس مراحل النمو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة ـ أن نقرر أن هناك كثيراً من التصرفات التي تصدر عن الأطفال لا تمثل جزءاً من مقتضيات النمو الانفعالية أو العقلية أو الاجتماعية ويصح بالتالي تشخيصها بأنها شاذة وتتطلب التدخل العلاجي.

وتبين الأبحاث أن هذه التصرفات التي تشخص على أنها شاذة بسبب تفاقمها من حيث الحدة والشيوع تتزايد تزايداً مخيفاً. فقد أظهرت دراسة أمريكية (Tuma, 1989) أن نسبة ١١٪ من الأطفال في الولايات المتحدة (أي حوالى ٨ مليون طفل) يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تزيد عن ذلك بكثير إذا ما ضممنا لهذه الفئة

الأطفال الذين يعانون من الإضطراب الذي لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج، والأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلي ومشكلات التعلم.

ولا يوجد في مجتمعاتنا العربية ـ في حدود علمنا ـ إحصاءات أو دراسات شاملة تمكننا من تقدير مدى انتشار الإضطراب السلوكي الحاد بين الأطفال. إلا أننا نعتقد أن التغيرات الاجتماعية التي تتعرض لها هذه المجتمعات وانعدام الخدمات النفسية المتخصصة في مجال اضطرابات الطفولة لا تبعث على التفاؤل الشديد. وبناءً على تجربة أحد الكتاب (ع. إبراهيم) في إحدى العيادات النفسية في البلاد العربية نجد أن ما يقرب من ٦٥٪ من الحالات التي تفد للعيادة طلباً للخدمة النفسية والطبية هي للأطفال. وتمتد الشكاوي في مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات هي ـ كما سنرى فيما بعد ـ في صميم التخصصات النفسية ـ السلوكية. ولهذا فإننا نعتقد أن الحاجة لوجود خدمات نفسية ـ سلوكية أصبح أمراً ضرورياً ومطلباً ملحاً.

أنواع الإضطرابات التي يعاني منها الأطفال:

تتنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ويمكن معرفة هذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها ثم تصنيفها بالتتبع المنتظم لما يرد من هذه الحالات للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الإجتماعية والتربوية من حالات.

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يضعه لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي (DSM-III-R, 1987) لهذه الحالات. فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لإضطرابات الطفولة على النحو التالي:

١ ـ **مشكلات متعلقة بالنمو**: التخلف العقلي أو الدراسي، ومشكلات النمو اللغوي، صعوبات التعلم.

٢ ـ **مشكلات متعلقة باضطراب السلوك**: الإفراط الحركي (الحراكية)[١]، العدوان ـ تشتت الانتباه ـ التخريب ـ الجنوح ـ الكذب ـ الإنحرافات الجنسية.

٣ ـ **مشكلات القلق**: قلق الانفصال[٢] ـ القلق الاجتماعي ـ تحاشي أو تجنب[٣] الاحتكاك بالآخرين.

٤ ـ **الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام**[٤]: الهزال أو النحافة المرضية[٥] ـ النهم ـ السمنة[٦] ـ التهام المواد الضارة[٧].

٥ ـ **المتلازمات الحركية**[٨]: نتف الشعر ـ مص الأصابع ـ قضم الأظافر.

٦ ـ **اضطرابات الإخراج**: التبول اللاإرادي[٩] ـ التغوط[١٠].

٧ ـ **اضطرابات الكلام واللغة**: التهتهة ـ البكم ـ الحبسة الصوتية.

٨ ـ **اضطرابات أخرى**: ذهان الطفولة ـ السلوك الاجتراري[١١].

ولا يعني التصنيف على هذا النحو وجود حدود قاطعة بين هذه الفئات. فهي متداخلة من حيث الوصف والتشخيص، وما هذا التصنيف إلا إجراء له مقتضياته لدى المعالجين النفسانيين، وإن كان ينقصه الكثير من الدقة عند التطبيق (Mischel, 1968).

---

(١) hyperactivity

(٢) Seperation anxiety

(٣) Avoidance disorders

(٤) Eating Disorders

(٥) Anorexia Nervosa

(٦) Obesity

(٧) Pica

(٨) Tics

(٩) Enuresis

(١٠) Encoprisis

(١١) Autism



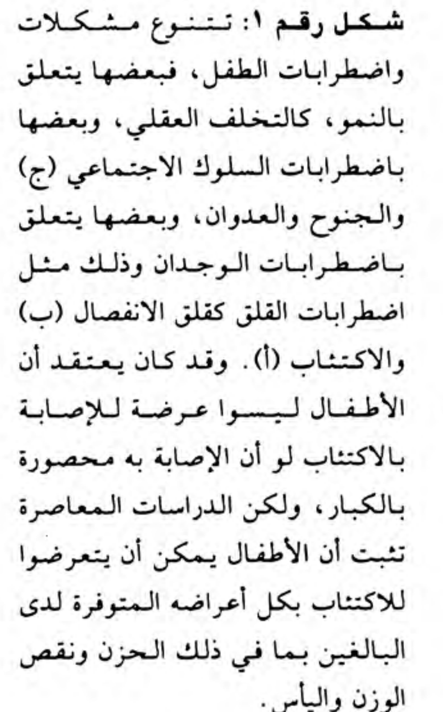
(ب)



(أ)



(ج)



شكل رقم ١: تتنوع مشكلات واضطرابات الطفل، فبعضها يتعلق بالنمو، كالتخلف العقلي، وبعضها باضطرابات السلوك الاجتماعي (ج) والجنوح والعدوان، وبعضها يتعلق باضطرابات الوجدان وذلك مثل اضطرابات القلق كقلق الانفصال (ب) والاكتئاب (أ). وقد كان يعتقد أن الأطفال ليسوا عرضة للإصابة بالاكتئاب لو أن الإصابة به محصورة بالكبار، ولكن الدراسات المعاصرة تثبت أن الأطفال يمكن أن يتعرضوا للاكتئاب بكل أعراضه المتوفرة لدى البالغين بما في ذلك الحزن ونقص الوزن واليأس.

إضطرابات نوعية:

إلا أن أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي هو عدم الإكتفاء بتصنيف الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوي وفق فئات عريضة. فالمطلب الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي للطفل هي تحديد السلوك المطلوب علاجه تحديداً نوعياً ودقيقاً. فالمعالج السلوكي ـ على سبيل المثال ـ لا يقبل وصف إضطراب طفل معين بالعدوان. بل يفضل بدلاً من ذلك الإشارة إلى مظاهر سلوكية محددة مثل: يستخدم ألفاظاً قبيحة ـ يضرب أخته ـ يعتدي على أبويه بالضرب ـ يبصق ـ يخطف الأشياء من أمام زملائه ـ يحطم أثاث المنزل ـ يشعل النيران ـ وإلى غير ذلك من جوانب السلوك التي يمكن وصفها عادة بالعدوانية. وعلى نفس المنوال يفضل المعالج السلوكي استخدام صياغات سلوكية محددة مثل: يخاف من الظلام ـ يشعر بالسخونة في المدرسة ـ يرفض الذهاب للمدرسة ـ لا يستيقظ مبكراً في أيام الدراسة.. بدلاً من وصف الطفل بأنه يعاني من عصاب القلق، أو تنتابه المخاوف المرضية. ويوضح الجدول رقم (١) بعض الصياغات السلوكية المقبولة من السلوكيين لبعض أنواع الاضطرابات السيكياترية (أنظر الجدول رقم ١).

ويحتاج المعالج السلوكي أن يدرب نفسه جيداً على التعود على وضع مثل هذه الصياغات السلوكية، فالفوائد التي يجنيها المعالج من هذه المهارة متعددة، فهي تسهل له ملاحظة المشكلة وتقييمها، وتعينه على وضع خطة محددة للعلاج ومتابعتها وتقويم مدى فاعليتها.

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعاني منها الأطفال تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التي تستثير قلق المبالغين وقلق المعالج على السواء. ولهذا يبذل المعالجون السلوكيون جهداً كبيراً في وضع قوائم تحليل سلوكي نوعي للإضطرابات السيكياترية الشائعة. فعلى سبيل المثال

جدول رقم ١
الصياغات السلوكية لبعض المصطلحات الشائعة

أنواع المفاهيم	الصياغة السلوكية النوعية	المفهوم	الصياغة السلوكية ـ النوعية ـ
مكتئب	يبكي	إجتماعي	يحب حضور الحفلات
	يجلس بمفرده		يلتقي بالغرباء
	بطيء الحركة		يدعو الأطفال الآخرين
	يردد عبارات مثل: أشعر بالإكتئاب		يفضل أن يقضي وقته مع الأصحاب
	يرفض الطعام		يصادق كثيراً من الأطفال
	وزنه يتناقص بمقدار. . . .		
		ذكي	يحصل على درجات أكاديمية عالية
عدائي	ينتقد بشدة الآخرين		يسجل درجة عالية في مقياس الذكاء
	يضرب		يقرأ الكتب المتقدمة عن عمره
	يتعارك		يتحدث أكثر من لغة
	يخرب ممتلكات أحد الأشخاص		يمارس لعبات تحتاج للتفكير
	يقاطع		كالشطرنج
	يستخدم ألفاظاً قبيحة		
		عصابي	يتحاشى لقاء الآخرين
ذهاني	يضحك بدون سبب		يتحاشى الكلام في وسط مجموعة
	يتحدث مع نفسه بصوت عال		وجهه يشحب
	لا يستجيب للناس		يغص أو يبلع ريقه
	ينزع ملابسه علناً		يرطّب شفتيه
	يقضي أوقات طويلة بمفرده		يتنفس بصعوبة
	لا يبدو أنه يكترث لما يحدث حوله		يعرق
	يتفجر بالغضب دون سبب واضح		أطرافه دائماً باردة
	لغته مفككة أو توقف عن الكلام		يتهته أو يتلعثم في الكلام
	يهلوس (يرى أو يسمع أشياء		يجزع من بعض الحيوانات بشدّة
	لا يحس بها الآخرون)		يرتعد عند الذهاب للمدرسة
	يلعب بأعضائه التناسلية علناً		لا يستطيع رد الإهانة

وضع «ولبي» و«لانج» (Wolpe & Lang, 1964) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الإجتماعية[1] وهي تتكون من ٧٤ بنداً تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال من أشياء مثل الثعابين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسُّلْطة، والاجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء.. الخ. ونستخدم ـ من ناحيتنا ـ بالعيادة السلوكية، قائمة مشكلات الطفل التي تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية تساعد المعالج على تقييم حدوث كل مشكلة فيها على مقياس يتراوح من ١ (تنطبق أو تشيع بشدة في سلوك الطفل) إلى ٣ (لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة). ويمكن للقارىء أن يتجول في هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التي يعاني منها الأطفال (أنظر جدول ٢).

(١) Fear Survey Schedule

جدول رقم ٢ : قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص/ الطفل: .... عمره.......... تعليمه........

التشخيص الطبي: .... المستوى العقلي: ....

التعليمات: العبارات التالية تعبر عن مشكلات لدى بعض الأطفال. المطلوب قراءة كل عبارة منها وحدد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر في سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضي. الإجابة تكون بوضع X تحت الرقم المناسب أمام كل عبارة.

١ = تنطبق تماماً أو مشكلة قوية، ٢ = تنطبق على وجه العموم، ٣ = لا تنطبق أو لا تمثل مشكلة.

السلوك	١	٢	٣	السلوك	١	٢	٣	السلوك	١	٢	٣
حزين وغير سعيد				يصيح ويصرخ				يتبول على نفسه بالنهار			
يخجل				يرتمي على الأرض				يبول على نفسه ليلاً			
ينقاد بسهولة				يهدد ويهين				يتبرز على نفسه			
ينعزل عن الآخرين				يضرب ويعتدي				يمص أصابعه			
يبكي				يشتم بألفاظ قبيحة				يعض أو يأكل أظافره			
يخاف من الناس				يخبط الأبواب والنوافذ				ينتف شعره			
يخاف من الظلام				يحطم الأثاث				يأكل القاذورات			
يخاف من الحيوانات				يمزق ويقطع				يلعب بأعضائه التناسلية			
يخاف من أشياء أُخرى				يعض				يكشف عن عورته			
يؤذي نفسه باللطم، الخ				يجادل				يلعب جنسياً بطرق بذيئة			
ينام متقطعاً				يلح				يهمل واجباته المدرسية			
يستيقظ مفزوعاً				يسرق				يهرب من المدرسة			
يكثر من النوم				يكذب				أداؤه المدارسي في التدهور			
يستيقظ مبكراً ولا ينام				يرمي أشياء على الناس				يشكو من آلام بالبطن			
تصيبه كوابيس ليلاً				يبصق ويتف				يتقيأ			
لا يظهر غضبه				يرفض الإنصياع للأوامر				يشكو من الصداع			
يكتم ضيقه				يتعارك				يتعلق بأمه			
لا يدافع عن نفسه				يحب أن يغيظ				يتعلق بأبيه			
تجرح مشاعره بسهولة				يتفجر بالغضب				يلتصق بالكبار			
يتهته بالكلام				يكثر من الحركة والتنطيط				يتعجرف على الأطفال			
يصعب عليه الكلام				لا يستمر في نشاطه				يفزع بسهولة			
يتكلم بطريقة لا تُفهم				لا يكترث لما يقال له				ينزع ملابسه علناً			
يخشى الخروج من البيت				يتشتت انتباهه				لا يأكل جيداً			
يتحدث مع نفسه				يضحك مع نفسه بسرعة				وزنه يتناقص			
لا يستجيب للأطفال				لا يستجيب للأقارب				يأكل بشراهة			
لا ينتبه											

أي ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها أضفها هنا.......................

الخلاصة

تتزايد المشكلات الانفعالية والعقلية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال تزايداً واضحاً... مما يستتبع ضرورة وجود اهتمام بتقديم الخدمات النفسية والرعاية الملائمة. ويذكر لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي أنواع الاضطرابات التي يعانيها الأطفال والتي تحتاج إلى التدخل المهني. لكن أحد أهدافنا الرئيسية هنا أن نبين أن التصنيفات التقليدية لاضطرابات الطفولة لا تكفي... ونفضل بدلاً من ذلك ترجمة المفاهيم العامة إلى عناصر سلوكية يمكن ملاحظتها وتتبعها وتقدير مدى انتشارها في سلوك الطفل. ومن ثم كان هدفنا من هذا الفصل أن نساعد القاريء على شحذ قدرته ومهارته على الصياغات السلوكية للاضطرابات الشائعة بما فيها مفاهيم كالعصاب والذهان، والعدوان ... الخ. إن الصياغة السلوكية بما تتميز به من تحديد نوعي للمشكلة، تعتبر من الإسهامات البارعة التي قدمتها مدرسة العلاج السلوكي لإثراء علم النفس المرضي تشخيصاً وعلاجاً. ومن ثم قدمنا للقاريء قائمة المشكلات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها لتحديد مدى شيوع الاضطرابات بين الأطفال قبل الدخول في أي برنامج علاجي... حتى يتحدد بالضبط الهدف من العلاج وتقدير مدى التقدم فيه.



شكل رقم ٢:

يعتبر الإفراط الحركي والعدوان من أهم الاضطرابات السلوكية التي تمثل إحدى الشكاوي الرئيسية في العيادات السلوكية.

الفصل الثاني

ما هو العلاج السلوكي؟

العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات مباشرة في السلوك محل الشكوى لدى فرد معين بحيث تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية. ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك. ولأن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظرية التعلم، فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادىء المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي «بافلوف» I. Pavlov وتبعه من بعده واطسون «Watson» و«هل» Hull الأمريكيين، وتلك التي صاغها ثورندايك Thorendike وطورها من بعده عالم النفس الأمريكي المشهور سكينر B.F. Skinner. لكن الشائع الآن بين المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم بشكلها التقليدي بل يرون ضرورة ربط التحليل والعلاج السلوكي بجوانب أخرى من السلوك أهملت في السابق لأسباب نظرية وفلسفية. وبدأت النظريات السلوكية والمعرفية والإجتماعية توليها اهتمامها. ونتفق ـ نحن ـ مع هذا التصور الذي تنعكس صورته في هذا الكتاب. ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما سنستخدمه في هذا السياق علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل:

أ ـ الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند «بافلوف» و«هل» بشكل خاص.

ب ـ الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي (التي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي سكينر Skinner) والتي امتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية لم تعرها المدرسة السلوكية التقليدية اهتماماً مثل التفكير والمهارات المعرفية الأخرى.

ج ـ أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير، والتدريب على حل المشكلات، والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد.

د ـ الأساليب الإجتماعية بما فيها تدريب المهارات الإجتماعية، والتفاعل الإجتماعي الجيّد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة.

ويرى البعض أنه يجب التمييز بين العلاج السلوكي[١] وتعديل السلوك[٢]، فالشائع الآن أن يقتصر مفهوم العلاج السلوكي على معالجة الحالات التي تتصف بالإضطراب النفسي والعقلي والمشكلات الانفعالية، بينما يستخدم مفهوم تعديل السلوك للمشكلات المرتبطة بالنمو مثل صعوبات التعلم والتخلف الدراسي والمعيقات الأخرى للنمو، وضبط التصرفات الخاطئة والانحراف الاجتماعي المتمثل في السلوك العدواني والجنوح. بينما يفضل آخرون (Goldfried & Davison, 1977) استخدام مفهوم العلاج السلوكي على أساس أنه أكثر شمولاً في مدلوله من مفهوم تعديل السلوك، لأن علاج أي عرض سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض الأنماط الخاطئة من السلوك. إلا أننا سنستخدم المصطلحين بالتبادل كمرادفين للإشارة إلى نفس المعنى متفقين في ذلك مع تيار حديث من المعالجين (Kraisner, 1990).

---

(١) Behavior Therapy

(٢) Behavior Modification

كذلك يجب أن نميز بين العلاج السلوكي والعلاج النفسي[1] (Pichot, 1989). وقد اعتاد الباحثون أن يستخدموا مفهوم العلاج النفسي عند الإشارة إلى طرق العلاج غير السلوكية مثل العلاج بالتحليل النفسي، والعلاج الإنساني والوجودي. لكن الشائع بين كثير من الأطباء النفسيين النظر إلى العلاج النفسي بأشكاله المختلفة والعلاج السلوكي كليهما على أنهما يشكلان تياراً واحداً مستقلاً في مقابل العلاج الطبي. ويمكن النظر وفق هذا التصور إلى العلاج السلوكي والعلاج النفسي على أنهما يشيران بشكل عام إلى تعديل الحالات المرضية بوسائل غير طبية (Pichot, 1989). ولتجنب إرباك القارىء بشأن هذه التمييزات فإننا سنستخدم في أحيان كثيرة مصطلح العلاج النفسي ـ السلوكي ونحن نعني الإشارة إلى العلاج السلوكي. لكن يجب أن لا يستشعر القارىء من ذلك أن العلاج السلوكي هو نفسه العلاج النفسي فالعلاج السلوكي تيار مستقل له مسلماته الخاصة ووسائله المستقلة.

المسلمات الرئيسية التي يتبناها العلاج السلوكي

تتميز نظرة المعالج السلوكي من غيره من أنواع العلاج النفسي بخصائص فريدة نذكر منها على سبيل المثال ما يأتي:

١ ـ لا يبذل المعالج السلوكي مجهوداً كبيراً ـ كزميله في التحليل النفسي ـ في البحث عن تفسيرات لاشعورية للسلوك، أو بمحاولة إرجاعه إلى صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فسيولوجية، إذ أن العلاج السلوكي يختلف عن الأساليب التقليدية الشائعة في مدارس العلاج النفسي السابقة من حيث أنه يركز اهتماماته على علاج الأعراض بصورتها الراهنة وبالشكل الذي يعاني منها المراجع (ابراهيم ١٩٨٨،

---

(١) Psychotherapy

الدخيّل ١٩٩٠، Kraisner, 1990). فالمعالج السلوكي الذي يهدف ـ مثلاً ـ إلى علاج طفل مصاب بالقلق أو الخوف المرضي من السلطة المدرسية لا يبحث عن ذكريات الطفولة، ولا يعالج الخوف على أنه نتاج لعوامل لاشعورية، أو صراعات أوديبية في المراحل المبكرة من النمو الجنسي، بل إنه يجعل التحرر من الخوف هو الهدف الرئيسي الذي يجب أن تتجه له مجهودات العلاج. والمعالج السلوكي إذ يجعل هدفه التغيير المباشر للمشكلة ينظر إلى الإضطراب على أنه سلوك شاذ أمكن اكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعلم.

٢ ـ إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتحمان، إذ أن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الطفل فجعلته يخاف، أو يقلق. وفي تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج السلوكي برصد الاستجابات أو ردود الأفعال البيئية (من قبل الأسرة أو المحيطين بالطفل) قبل ظهور السلوك المشكل وبعد ظهوره وهي الأسباب التي يعرف المعالج أن تعديلها أو تغييرها سيؤدي إلى التخلي عن هذا السلوك، ومن ثم التخلص من المشكلة برمتها. فالمعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق العلاج.

٣ ـ ومن المسلمات الرئيسية التي يتبناها المعالج السلوكي والتي تضعه في موقع فريد ومختلف جذرياً عن العلاجات النفسية الأخرى، أنه لا يرى ـ ما يراه المحللون النفسيون مثلاً ـ وجوب إزالة ما وراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة، لأنه لا توجد في نظامه العلمي مثل هذه الافتراضات، وإن كان يجد أنه من الحكمة التناول الجذري للمسببات البيئية للمشكلة لمنع رجوعها. إذن يرى المعالج السلوكي أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح (Eysenck, 1978). وهذا المنطق

يختلف بالطبع عن منطق المرض الجسمي أو عن النموذج الطبي ـ العضوي الذي يُنظَر بمقتضاه إلى الإصابة بالصداع مثلاً على أنها عرض قد يخفي وراءه مرضاً آخر كالإنفلونزا، أو سرطان المخ، أو زيادة نسبة السكر في الدم. أو الإجهاد.. أو إلى غير ذلك من أمراض.

٤ ـ وينظر المعالجون السلوكيون بشك شديد إلى المسلمات التقليدية في العلاج النفسي والتي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أُخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض. فالموقف الذي يتبناه المعالج السلوكي بصدد هذه القضية أن علاج مشكلة كالخوف مثلاً سيجعل الطفل قادراً على مواجهة مشكلته الراهنة، ومن ثم ستتسع أمامه آفاق الصحة والنمو السليم: إذ سيكتسب ثقة بنفسه، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه، وستتاح له فرص إحتكاك جديدة كانت مستعصية عليه بسبب مخاوفه. وكل ذلك سيؤدي إلى تغيير شامل وإيجابي في شخصيته. أما القول بأننا نحتاج لتغيير الشخصية وحل صراعاتها قبل أن نعالج مشكلة الخوف، والقول بأننا ما لم نفعل ذلك ـ أي ما لم نبدأ من الشخصية أولاً ـ فإن الخوف سيستبدل بخوف آخر أو مشكلة إنفعالية أُخرى، فهو قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية ويمثل نقطة خلاف علمية عميقة بين العلاج السلوكي وغيره من أنواع العلاج النفسي.

ولم تكتف السلوكية ـ بصدد هذه النقطة ـ بمناقشة هذا الخلاف على المستوى النظري البحت، بل عملت من خلال البحوث والدراسات المتعددة، والنماذج العلاجية أن تثبت أن علاج الأعراض وحدها لا يؤدي إلى ظهور أعراض بديلة. وربما ـ لهذا السبب ـ نجد أن الموافقة على نشر أي حالة من حالات العلاج السلوكي في بعض دوريات العلاج السلوكي تشترط أن يقدم المعالج تقييماً لتطور الأعراض وما يرتبط بها من تغيرات سلوكية إضافية سلبية أو إيجابية بعد انقطاع العلاج. ومن هذه الناحية تدل التقارير المنشورة على أن التخلي عن الأعراض بعلاجها مباشرة

وبالطرق السلوكية لا يؤدي إلى النجاح في إزالة هذه الأعراض فحسب، بل تتعمم نتائجها لتحدث تغيرات إيجابية في الشخصية والسلوك لم تكن موضوعاً مباشراً للعلاج. **فالنجاح يخلق نجاحاً آخر، واكتساب الثقة في علاج مشكلة معينة، سيؤدي إلى مزيد من الثقة في اكتساب أشكال إيجابية أُخرى من السلوك.**

٥ ـ أما من حيث المسلمات النظرية، فإن العلاج السلوكي، ولو أنه يعتمد على الحقائق التجريبية في علم النفس الأكاديمي بمدارسه المختلفة، إلاّ أنه يستظل أساساً بعباءة نظريات التعلم. فهو قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للممارسة الأكلنيكية والعلاج النفسي بفضل ظهور نظريات التعلم والتشريط. ويتبنى في نظرته للسلوك المرضي نفس النظرة التي تتبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك. ومن ثم ينظر المعالج السلوكي للأمراض النفسية بصفتها استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم التوقف عنها، أو أن نستبدلها بتعلم سلوك أفضل وأنسب. فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المرضي بفعل خبرات شاذة، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال نفس مبادىء التعلم التي أدت إلى اكتسابنا السلوك المرضي (ابراهيم، ١٩٨٧، الدخيّل، ١٩٩٠).

وبالرغم من أن البدايات الأُولى للعلاج السلوكي، والتي يعتبرها البعض الثورة الأُولى في العلاج النفسي (Drasne, 1990)، جاءت مرتبطة بتطور نظريات المنبه والإستجابة التي كان من روادها الأوائل «بافلوف» و«واطسون»، إلا أن هناك تطورات معاصرة في هذه الحركة وسعت من القاعدة الرئيسية التي ترتكز عليها مسلماتها. فإسهامات سكينر وأتباعه أثرت العلاج السلوكي ونقلته من عالم السلوكية التقليدي المحدود النظرة والكفاءة إلى مستوى أكثر فعالية وشمولاً في تفسير وتحليل وعلاج مختلف أنواع السلوك ومستوياته بما في ذلك ما اصطلح على تسميته بالسلوك المعرفي ((الدخيّل، ١٩٩٠).

كما برزت إلى الوجود الآن ما يسميه، كرايزنر (Kraisner, 1990) الموجة الثانية[1] أو الثورة الثانية في حركة العلاج السلوكي. وهذه الموجة بدأت تقريباً ١٩٧٥ وجاءت مصاحبة للتطورات الجديدة في نظريات التعلم التي تمثلت في ظهور نظريات التعلم المعرفي[2] والتعلم الإجتماعي[3]. (للمزيد من هذه النظريات أُنظر بالعربية إبراهيم، ١٩٨٧). وقد فتحت هذه الإسهامات الجديدة للمعالجين السلوكيين آفاقاً وإمكانيات جديدة ومتعددة لتغيير السلوك وتطوير نظريات التعلم الكلاسيكية، بحيث أصبحنا ننظر إلى البدايات الأُولى للعلاج السلوكي ـ في تجارب واطسون مع الطفل ألبرت (Albert)، أو ماري كوفر جونز (Jones) مع الطفل بيتر (Peter) ـ على أنها تتصف بالتبسيط الشديد إذا ما قارناها بما تتميز به الموجة الثانية من العلاج السلوكي. ولهذا فنحن نفضل أن ننظر لحركة العلاج السلوكي المعاصرة على أنها حركة **علاج متعددة الأوجه**، ويحسن هنا أن نسلط الضوء على ما يعنيه ذلك بشيء من التفصيل. ومن خلال ذلك سنوضح ما ساهمت به نظريات وأبحاث التعلم الفعال (الإجرائي) والمعرفي والتعلم الإجتماعي من تغيير شامل في العلاج السلوكي.

الخلاصة

مفهوم العلاج السلوكي ـ كما ستتبناه في هذا الكتاب ـ مفهوم متعدد الأوجه ويمتد ليشمل كل الوسائل الممكنة لتحقيق تغيير مباشر في السلوك المضطرب. ولكي يكون هذا التغيير علاجياً ـ أي فعالاً وحاسماً ـ فإن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث

---

(١) Second Wave

(٢) Cognitive Learning

(٣) Social Learning

تغيير في البيئة المباشرة المحيطة لظهور السلوك المضطرب، وفي أنماط تفكير الفرد ومهاراته الاجتماعية.

ويهتدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية وبتركيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الاستجابة (أو مجموعة الاستجابات) المرضية الشاذة شيء أمكن اكتسابه بفعل خبرات خاطئة. ولهذا نجد أن مناهج العلاج السلوكي ـ على تنوعها وثرائها ـ تتفق فيما بينها على شيء واحد وهو أن ما أمكن اكتسابه يمكن التوقف عنه، واستبداله بسلوك أو استجابات أخرى بنفس الأسس.

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المتعدد المحاور

(الموجة الثانية من التطور)

لكي نقوم بعلاج طفل يشكو مثلاً من إضطراب معين كالعجز عن ضبط النزعات العدوانية، فإن المعالج السلوكي الحديث يمكن أن ينظر إلى هذا السلوك العدواني من زوايا مختلفة، إذ قد ينبثق هذا السلوك العدواني من:

أ ـ رغبة الطفل في الحصول على مزايا أو اهتمامات خاصة لا يستطيع أن يحصل عليها بطرق ودية.

ب ـ خبرات سيئة في مواقف مماثلة كان يشعر خلالها بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدي على حقوقه، ومن ثم فالسلوك العدواني هو بمثابة دفاع عن هذه الحقوق.

ج ـ قصور في المهارات الإجتماعية لهذا الطفل تجعله عاجزاً عن حل صراعاته ومشكلاته الإجتماعية بطرق غير عدوانية.

د ـ تفسيرات مضطربة لمقاصد الآخرين وللذات يستنتج من خلالها أنه غير كفء أو أنه ضحية وموضوع للإمتهان من قبل الآخرين.

ولعلاج هذا الطفل نجد أن المعالج السلوكي قد يعلمه أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التي يريدها بطريق مقبول. كما يمكن أن يعلمه طرقاً جديدة في التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن

يساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف. أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الإجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات إجتماعية تساعده فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية.

ويتوافق العلاج السلوكي المتعدد المحاور من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا للسلوك الشاذ والإضطراب. فلأي سلوك مرضي ـ فيما نعتقد ـ توجد على الأقل محاور رئيسية هي:

١ ـ **المواقف أو الحوادث السابقة** التي تثيره وتساهم في تشكيله وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط أو تهديد.

٢ ـ **السلوك الظاهر**، أي الأفعال السلوكية التي يترجم الشخص من خلالها هذا الإضطراب، كالتهتهة، أو التبول اللاإرادي أو اضطرابات النوم، أو تحاشي الاتصال البصري، أو احمرار الوجه، أو شحوبه، أو الهروب من المدرسة، أو تجنب بعض المواقف.

٣ ـ المكونات **الإنفعالية** أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الإضطراب مثل زيادة ضربات القلب، إزدياد في سرعة التنفس، النشاط الهرموني.. الخ.

٤ ـ الجوانب **الفكرية** أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها. وينطوي هذا الجانب على ما ينتجه التفكير من مبالغات أو تطرف، أو ما يقوله الشخص لنفسه من أفكارٍ سلبية أو إنهزامية.

٥ ـ ضعف المهارة في **التفاعل الإجتماعي**، أو قصور المهارات الإجتماعية، فالعدوان والخجل، والإنزواء وغيرها يمكن النظر إليها كدلالة على ضعف المهارات الإجتماعية أو افتقاد للمتطلبات الإيجابية للتفاعل الإجتماعي السليم والتواصل الموجب بالآخرين.

ولأن هذه المحاور السابقة تتفق وتتداخل فيما بينها في إبراز السلوك المزعج، وتشكله وتعمقه، فإن التناول العلاجي لها يجب أن يعكس هذه الرؤية المتنوعة المحاور. ونظراً لأن المحاور الخمسة السابقة جميعها ـ فيما عدا المحور الأول الخاص بالموقف أو الحوادث الخارجية ـ يمكن أن تكون تحت سيطرة المعالج السلوكي، فإننا نجد أن من المطالب الحديثة للعلاج السلوكي هي توجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب الأربعة (أي السلوك الظاهر ـ الإنفعال ـ المكونات الفكرية، والأساليب المعرفية ـ ونواحي التفاعل الإجتماعي)

لنتناول ـ كمثال آخر على فعالية هذه الرؤية ـ طفلاً يعاني من القلق الإجتماعي الشديد بصورة تحرمه من التفاعل الجيد مع زملائه أو مدرّسيه أو أي شخص آخر على درجة من الأهمية أو الجاذبية له. إن قلقه في الحقيقة يترجم نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعاً في وقت واحد، فهو يشعر بالخفقان والغصة ويزداد تنفسه، ويجف لعابه كدلالة على الإنفعال. أما ما نراه من سلوك ظاهري لهذا القلق فقد يظهر في صعوبات الحديث (التهتهة أو الحبسة الصوتية) أو اللجلجة في الكلام وشحوب الوجه والشفتين، وانكسار البصر وخفوت الصوت. كما قد لا يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته أو تساعده على استمرار حواره وتفاعله كدلالة على ضعف المهارة الإجتماعية. وإذا سألته عما كان يفكر فيه خلال هذا الموقف المربك فستجد أنه كان يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع، بأنه (طفل) عاجز وسيفشل فشلاً ذريعاً في أن يحول هذا الموقف لصالحه.

ويتطلب العلاج الناجح لهذا الطفل أن نوجه نشاطنا العلاجي لتعديل كل هذه المحاور من الاضطراب. فمن الممكن أن نعلمه أساليب جديدة لضبط إنفعالاته (من خلال تدريبه على الاسترخاء العضلي مثلاً) كما يمكن أن ندربه على أساليب جديدة في السلوك أو أن نساعده على التخفيف من الأساليب السلوكية السلبية (من خلال تدريبه على الطلاقة والتخلص من

التهتهة)، ويمكن إضافة إلى ذلك أن نساعده على تعديل طريقة تفكيره نحو نفسه، (التي تتسم عادة بالانتقاص وتوقع الفشل)، أو طريقة تفسيره للحدث الوشيك الوقوع والتي تتسم عادة بإعطاء ذلك الحدث قيمة إيجابية مفرطة (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضاً أن نعلمه طرقاً جديدة في تبادل الأحاديث، وخلق موضوعات للحوار، وسؤال الأسئلة، كهدف من أهداف تعديل طرق التعامل الاجتماعي ومواجهة جوانب القصور في المهارات الإجتماعية.

هذه المحاور الأربعة السابقة، التي تشكل في مجموعها العلاج السلوكي المتعدد الأوجه، ترتكز على أربع نظريات رئيسية في التعلم تمثل كل منها أساساً من الأسس النظرية الرئيسية للعلاج السلوكي.

الخلاصة

يتطلب العلاج السلوكي الناجح أن نواجه نشاطنا لتعديل السلوك المرضي مباشرة وكل الجوانب المحيطة به بما فيها: الحوادث السابقة والتغيرات العضوية الداخلية والخارجية (الانفعالات) والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه وعن الموقف الذي أسهم في تطور الاضطراب، فضلاً عن القصور في المهارات الاجتماعية وأخطاء التفاعل بالآخرين: ويمثل الانتباه لهذه المحاور في عملية العلاج النفسي تطوراً واضحاً في حركة العلاج السلوكي سواء من حيث مناهجه النظرية، أو أساليبه الفنية، أو في اتساع مجالات تطبيقاته العلاجية التي أخذت تمتد في الوقت الحالي لتشمل الكثير من الاضطرابات المعقدة التي كان يصعب على المعالجين السلوكيين في المراحل المبكرة من تطورهم فهمها ومعالجتها.

الفصل الرابع

المنطلقات النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور

ترتكز مناهج العلاج السلوكي للطفل ـ كغيرها من المناهج التي تُستخدم في علاج مشكلات الراشدين ـ على أربعة محاور تمثل في مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهي:

أ ـ التعلم الشرطي:

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحياناً إسم نظرية المنبه ـ الإستجابة، وهي تتخذ من نظريات «بافلوف» الدعامة الرئيسية لكل ما تحويه من قواعد وقوانين.

وترجع بدايات هذه النظرية إلى دراسات «بافلوف» للفعل المنعكس، التي أكسبته تقديراً واسعاً بين العلماء وجعلت منه مؤسساً للوجهة السلوكية في علم النفس، خصوصاً عندما حاول «واطسون» أن يطبق ـ وإن بابتسار أحياناً ـ القوانين العلمية المستمدة من نتائج هذه الدراسات لتحليل ظواهر سلوكية عديدة بما في ذلك الأمراض النفسية وطرق علاجها.

أثبت «بافلوف» أن الكلاب في تجاربه تعلمت أن تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة كصوت جرس أو رؤية ضوء، إذا ما اقترن تقديم

هذا المنبه المحايد بظهور منبه أصلي هو الطعام. واعتماداً على هذه النتائج يمكن القول بأننا نستجيب ونتصرف نحو كثير من الأشياء المحايدة إذا ما أصبح ظهورها مقترناً بظهور منبهات أخرى تشبع حاجاتنا الرئيسية للطعام والجنس والمكانة، أو تهدد إشباعنا لهذه الحاجات. ومن ثم فإن كثيراً من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هي استجابات اكتسبناها بهذا الشكل حتى تحولت إلى عادات مرضية أو صحية ـ وليست نتاجاً لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية. فالقلق، والخوف، والتفاؤل والتشاؤم جميعها يمكن تفسيرها ـ بالاعتماد على نظريات «بافلوف» ـ على أنها إستجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب ارتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة.

أما عن العمليات الرئيسية التي يتم من خلالها التعلم الشرطي، فقد نجح «بافلوف» في وضع قائمة منها لازالت تساهم بشكل مثير في تطور حركة العلاج السلوكي. فلكي يحدث التعلم الشرطي لا بد أن يحدث اقتران[1] بين حدوث المنبه الشرطي (الجرس مثلاً) والمنبه الأصلي (الطعام). أو أن يكون المنبه الأصلي (الطعام) مسبوقاً بالمنبه الشرطي بفرق زمني ضئيل حتى لا تحدث مشتتات أُخرى تمنع من تكوين الرابطة بين المنبهين. وعندما نتعلم الإستجابة للمنبه الشرطي يحدث تعميم[2] على كل المنبهات المماثلة له، فالطفل الذي تعلم أن يستجيب بجزع لمشهد فأر، سيستجيب بجزع لكل الفئران المماثلة وربما لكل حيوان ذي فراء.

ونتعلم أن نستجيب لا لمنبه شرطي واحد فحسب بل يمكن أن نتعلم الاستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية. فإعطاء جرعة من الدواء المر للطفل في المستشفى، ستجعله يستجيب في المستقبل بألم لا لمشهد

---

(١) Association Conditioning

(٢) Generalization

الدواء فحسب (منبه شرطي ١)، بل أيضاً لرائحته (منبه شرطي ٢) وللممرضات (منبه شرطي ٣) وللأطباء (منبه شرطي ٤) ولمشهد المستشفى (منبه شرطي ٥). ويطلق على هذه العملية **المستويات العليا من التشريط**(١) التي يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد بحيث أن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الإستجابة الشرطية (الخوف ـ الغثيان).

وما تعلمناه يمكن أن يتلاشى. ويقدم لنا «بافلوف» مبدأ الانطفاء(٢) لتصوير هذه الظاهرة التي تحدث عندما تختفي الرابطة بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية. فالطفل الذي يتكرر ذهابه للمدرسة دون أن تحدث الخبرات المؤلمة السابقة التي أدت إلى تشكيل مخاوفه نحوها في السابق، ستنطفىء وتتلاشى مخاوفه تدريجياً. ولكن حالما تعود تلك الرابطة بين المنبه الشرطي (المدرسة مثلاً) والمنبه الأصلي (عدوان أحد الزملاء)، فإن المخاوف ستعود من جديد وبقوة. ويحدث أحياناً أن تعود المخاوف تلقائياً بعد انطفائها إذا مرت فترة لم يذهب فيها الطفل إلى المدرسة ثم عاود الذهاب، ويطلق على هذه العملية **الاستعادة التلقائية**(٣) (Leuis 1990, Kragher 1990). وسنرى فيما بعد الأساليب السلوكية التي تطورت بتأثير هذه النظرية في مجالات العلاج السلوكي للطفل.

ب: التعلم الفعال (الإجرائي)(٤):

التعلم عند «بافلوف» يتم على نحوٍ آلي نتيجة للرابطة التي تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية. لكن التعلم الفعال (الإجرائي) ـ الذي

---

(١) Higher Order Conditioning

(٢) Extinction

(٣) Spontaneous Recovery

(٤) Operant Learning

وضع أُسسه المنهجية ـ العالم الأمريكي الراحل «سكينر» (Skinner) ـ يقوم في مجمله على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار. ومن هنا يسمى «سكينر» نظريته باسم التشريط الفعال (الإجرائي)[1] (Skkinner 1953). للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة) أو سلبية (العقاب).

ومن المتفق عليه بين علماء العلاج النفسي ـ السلوكي ـ أن كثيراً من جوانب الشذوذ في سلوك الطفل يمكن تفسيرها بمقتضى هذه النظرية. فالإستجابة للطفل كلما صرخ وأجهش بالبكاء بالتقاطه وعناقه وتقبيله ستؤدي في غالب الأحوال إلى أن يصبح البكاء أو الصراخ أسلوباً معتاداً لهذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة أو إلى إثارة الإنتباه. أضف لذلك أن التدعيم الخاطىء، أي الانتباه وإظهار الإهتمام، ـ عندما تصدر عن الأطفال مشكلات سلوكية معينة كالسباب والتهجم على الآخرين أو العزوف عن الإتصال ـ ستؤدي إلى تقوية هذه الجوانب المرضية من السلوك وليس إلى اختفائها. ولعل من أحد الأسباب الرئيسية في فشل العلاج النفسي التقليدي هو هذا الإهتمام الذي يبديه المعالج والوالدان بالجوانب المرضية كوسيلة للمعالجة. كذلك عندما يستخدم التعلم الفعال (الإجرائي) بطريقة منظمة ويوجه نحو الأنواع الإيجابية من السلوك بدلاً من الإهتمام بالجوانب المرضية فقط، فإنه يتحول إلى وسيلة علاجية تساعد على تقوية كثير من الجوانب الصحية في السلوك الإنساني.

وتتضمن نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) عدداً من المبادىء الرئيسية التي ارتبطت بنمو العلاج السلوكي للطفل من أهمها التدعيم (التعزيز)

---

(١) Operant Conditioning

الإيجابي[1] والتدعيم (التعزيز) السلبي[2]، والعقاب[3]، والتشكيل[4].

ولعل من أكثر هذه المبادىء شيوعاً هو مبدأ التدعيم (التعزيز) **الإيجابي**. وهو يعني أي حدث ينتج عن السلوك أو يأتي بعده، ويؤدي إلى زيادة في حدوثه أو تكراره. ويستخدم هذا المصطلح أحياناً للإشارة إلى مختلف المكافآت أو الحوافز التي نستخدمها لتشجيع ظهور سلوك معين. لكن التدعيم الإيجابي يتعدى هذا النطاق الضيق من الحوافز والمكافآت المادية والطعام (أي ما يسمى بالمدعمات الأولية المباشرة) ليشمل أيضاً ما يسمى بالتدعيم الإجتماعي كالمدح والتقريظ والإبتسام والربت وأي حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة حدته أو تكراره.

أما **التدعيم السلبي** فهو يعني تدعيم السلوك بإيقاف أو إبعاد شيء أو حدث مزعج. فمثلاً إذا توقف شيء أو حدث منفر أو مزعج نتيجة لحدوث سلوك ما فإن ذلك سيشجع هذا السلوك على التكرار تحت ظروف مماثلة. إذن فإن التدعيم السلبي يتضمن إيقاف أو ابتعاد منبه منفر أو كريه حال ظهور السلوك المرغوب. والتدعيم السلبي والإيجابي يتشابهان من حيث أن كليهما يمكن استخدامه لزيادة شيوع الجوانب المرغوبة من السلوك، وإن كان لاستخدام التدعيم السلبي محاذير لا يسمح المجال هنا بذكرها.

ولكي يكون التدعيم فعالاً، أي لكي يؤدي إلى النتائج المرغوبة، فإنه لا بد من توفر شروط منها: أن يكون المدعم محبوباً ومرغوباً من الكائن، وأن تكون له قيمة تحددها ما يبذله الكائن من جهد للحصول عليه، وأن يكون فورياً أي يجب أن يقدم فور ظهور السلوك المرغوب، وأن يكون

---

(١) Positive reinforcement

(٢) Negative reinforcement

(٣) Punishment

(٤) Shaping

متقطعاً أي أن يقدم أحياناً ويُحجب أحياناً أُخرى، لأن تجارب «سكينر» وغيره تثبت أن السلوك الذي يُكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره، عند انقطاع المدعم (المعزز)، أكثر وأقوى من السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المستمر. ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري، فقد يكون التدعيم فورياً ومتقطعاً في نفس الوقت.

أما **العقاب** فهو يعني تقديم منبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب. فضرب الطفل عندما يعتدي بالضرب على أحد أفراد الأُسرة يعتبر مثالاً شائعاً لاستخدام العقاب في تعديل السلوك. ومن أشكال العقاب الحرمان والجزاءات التي توقع على الكائن إثر ارتكاب خطأ معين. وينظر علماء التعلم من أمثال «سكينر» و«ثورندايك» (Levis, 1991) بشك إلى فعالية العقاب في إضعاف السلوك المرضي وبالتالي فإن استخدامه كوسيلة للعلاج السلوكي تحفه المخاطر ويثير الكثير من الجدل، فتأثيره مؤقت، كما أن السلوك المرضي عادة ما يعاود الظهور في مواقف أُخرى بينما تظل تأثيراته الانفعالية السلبية باقية إلى وقت طويل (ابراهيم ١٩٨٧، Levis, 1990, Milan, 1990).

أما **التشكيل** فيستخدم عندما نريد أن نعلم سلوكاً مركباً يصعب القفز إلى تعليمه دفعة واحدة، كتعلم الكتابة أو اللغة. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذي نريد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم إنجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائي.

وهناك مبادىء وطرق أُخرى لا يتسع المجال لذكرها هنا، لكن الذي لا شك فيه أن حركة العلاج السلوكي إمتدت وزادت عمقاً وانتشاراً بفضل هذه المبادىء والطرق التي طورتها نظرية التعلم الفعال (الإجرائي). وسنرى فيما بعد كيف أمكن التحكم بفاعلية في كثير من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال بسبب الطرق العلاجية التي بنيت على هذه المبادىء بما في ذلك

الإضطرابات البسيطة كقضم الأظافر، أو التبول اللاإرادي أو حتى الهلوسات، والهواجس، والجريمة.

ج: التعلم الإجتماعي:

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي كما صاغها باندورا (Bandura, 1969) أحد النظريات المعاصرة التي أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل. ولعل من أهم إسهامات «باندورا» في مجال العلاج السلوكي دراساته وتجاربه على الأطفال التي حاول أن يبين فيها أن كثيراً من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال ـ كالعدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له ـ تتكون بفعل القدوة[1] ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها (التعلم الاجتماعي).

وقد بيّن «باندورا» من خلال دراساته هذه أن عملية التعلم الإجتماعي عملية نشطة وتحتاج لشروط تضمن نجاحها منها: إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج، ومنها العمل على إثارة الدوافع والإهتمامات الشخصية للطفل التي تحثه على أن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات. وكذلك يساعد الأداء الفعلي للسلوك على سرعة تعلمه خاصة إن كان يتضمن استجابات مركبة نسبياً. وتزداد القدرة على التعلم الإجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء، وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته، كما سنرى عند عرضنا لفنيات العلاج السلوكي التي اعتمدت على مبادىء التعلم الإجتماعي.

د ـ التعلم المعرفي:

ترى نظريات التعلم المعرفي (Beck, 1960 Ingram & Scott, 1990)

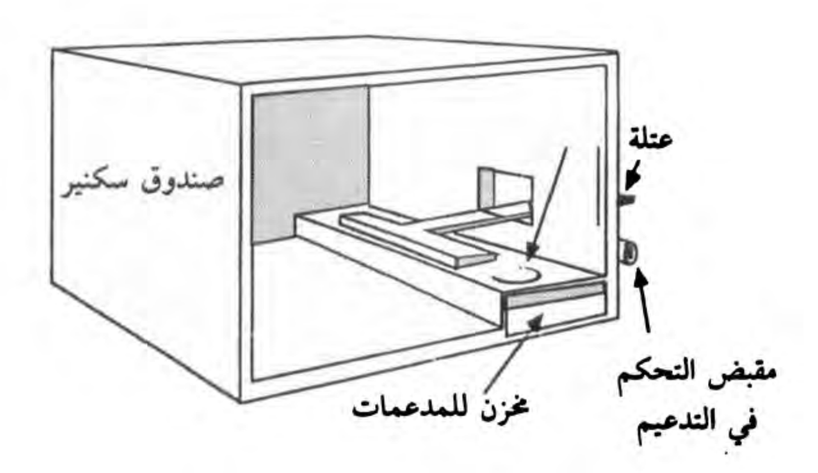
---

(١) Modeling



شكل رقم ٣:

عند تدريب الطفل على أداء سلوك مركب (كالكتابة أو اللغة أو أي من العمليات العقلية) يصعب القفز إلى تعليمه إياه دفعة واحدة، لذا يلجأ المعالج السلوكي إلى استخدام طريقة التشكيل. وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب إلى أجزاء صغيرة يدرب الطفل على اكتسابها بالتدرج إلى أن يتمكن من اكتساب السلوك المركب بكامله.



شكل رقم ٤:

صندوق سكينر الذي بيّن من خلال استخدامه أن التدعيم لاستجابة معينة يؤدي إلى تقوية هذه الاستجابة.

أن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريطية، أو التعلم الإجتماعي، بل وأيضاً من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكاتنا وتفسيراتنا للحوادث التي نمر بها.

واتفاقاً مع «ميشال» (Mischel, 1973) و«إنجرام وسكوت» (Ingram & Scott, 1990) نشير إلى أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الإنتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام.

١ ـ **الكفاءة أو القصور المعرفي**، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء. فالشخص الذكي، المرن عقلياً، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضوع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب، والمحدود المعرفة، والأقل ذكاء.

٢ ـ **مفهوم الذات** وما نحمله من اعتقادات خاصة عن إمكانياتنا الشخصية وقدراتنا. فالطفل الذي يعتنق مفهوماً عن نفسه بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه غير محبوب عادة ما يتبنى جوانباً من السلوك المَرَضي كالقلق والإكتئاب أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه محبوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة.

٣ ـ **القيم والإتجاهات** التي نتبناها عن المواقف أو الأشخاص الذين نتفاعل معهم. فالطفل الذي يعتقد أن الجاذبية الإجتماعية وتقبل الأطفال الآخرين له أهم لديه من النجاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له.

٤ ـ **التوقعات** التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تنتابنا في هذه المواقف وشدتها، واستمرارها. ويؤكد «البرت اليس» (Elis, 1962) و«بيك» (Beck, 1976) أن كثيراً من الإضطرابات النفسية والعقلية تتكون بفعل توقعاتنا غير العقلانية، وغير الواقعية خلال التفاعلات المختلفة مع الآخرين.

هذه هي النظريات الرئيسية للتعلم والتي ساعدت الإتجاه السلوكي في

العلاج النفسي للطفل على النمو والتطور. ولا نريد أن نخلق الانطباع أن هذه النظريات هي كل ما صيغ عن التعلم، فهناك ـ عل الأقل ـ نظريتان أُخريتان هما نظرية ستامفل» (Stamfle, 1976) عن التشبه بالمنبه[1]، والتي ساهمت في تكوين ما يسمى بالعلاج بالغمر أو الإفاضة[2] ونظرية «آيزنك» (Eysenik) التي ركزت على دور الفروق المزاجية في الإستجابات الشرطية. لكن المحاولات الأكلنيكية للإستفادة من هاتين النظريتين في مجال علاج مشكلات الطفل لازالت محدودة مما يدفعنا إلى تجنب التعرض لهما في هذا المقام.

تحذيرات وتنبيهات متعلقة باضطرابات الأطفال

يجب بادىء ذي بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة في وصف طفل معين بالقلق أو الإضطراب النفسي. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو مشكلة تحتاج للعلاج، وما هو شيء أو أسلوب تفرضه متطلبات النمو. وما نعرفه من اطلاعاتنا على علم نفس النمو أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات تعتبر من أشق المراحل في تربية الطفل، لما يتخللها من تصرفات من قبل الطفل تتسم بالحركة والنشاط المفرط والحرص المفزع على استكشاف البيئة. ولهذا يكون من الطبيعي أن يتسم سلوك الطفل وتصرفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأً على أنها تهدف إلى التخريب والإزعاج، وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئاً مرضياً لدى هذا الطفل. إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة الشديدة في هذه المراحل هي ـ فحسب ـ نابعة من تشخيصات الآباء وإنزعاجهم، ولكنها بالنسبة للطفل تطور طبيعي، واكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الاستطلاع.

---

(١) Stimulus Satiation

(٢) Implosive or Flooding Therapy

فضلاً عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الإضطراب بمقدار ما تصدر عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثم، فإن جهوداً كبيرة قد تبذل في محاولات العلاج، واستشارة الخبراء يمكن اختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات المختلفة بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضاً، أن الغالبية العظمى من مشكلات الأطفال تكتسب بسبب أخطاء في عملية التعلم نتيجة لأخطاء بيئية. فالطفل الذي يحاكي ما يلاحظه في أبيه أو إخوته من اندفاع أو عدوان، أو أصوات عالية وكلمات نابية لا يدري أنه بمحاكاته تلك يتعلم سلوكاً مرضياً أو شاذاً. ولهذا تبين البحوث أن اضطرابات الأطفال تكون إظهاراً لأخطاء أو اضطرابات في البالغين أنفسهم. ولحكمة ما جرت عادة المعالج النفسي أنه لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد في مشكلات الأطفال إذا ما كان الجو الأُسري نفسه مفعماً بالمشاكل والصراعات.

وإذا كان الواجب يقتضي أن لا يتم تشخيص مشكلةِ الطفل بمعزل عن الظروف الإجتماعية والأُسرية، فإن مقتضيات العلاج السلوكي تتطلب ذلك أيضاً. ولهذا فإن المعالج السلوكي يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء أو المشرفين على الطفل، إذ أن العلاج السلوكي عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعاً. وهي عملية ممتدة، أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأُسرة أو المدرسة أو كليهما معاً.

ويجد المعالج السلوكي في أحيانٍ كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل بل قد يتطلب علاجاً وتعديلاً في سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنح بعض وقته وجهده للأُسرة


(أ)
(ب)
(ج)

شكل رقم ٥:

تختلف العلاجات النفسية السلوكية للطفل عن مثيلاتها لدى البالغين. فالعلاج السلوكي للبالغين يأخذ عادة شكل المواجهة مع المعالج، ويعتمد على التبادل اللغوي والحوار اللفظي (كما في أ). أما بين الأطفال فإن تركيز العلاج يكون على توجيه الوالدين وتدريبهما (كما في ب). ويتطلب هذا العلاج مع الطفل الدخول معه في علاقات دافئة والتركيز على الاتصال الوجداني والقرب البدني واللعب (كما في ج). وبعبارة أخرى فإن العلاج السلوكي للطفل عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والأبوان وأفراد العائلة والزملاء، وتحتاج لفهم وتعاون بين جميع هؤلاء.

محاولاً إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

الخلاصة

تعتبر نظريات التعلم الشرطي والتعلم الفعال (الإجرائي) والتعلم الاجتماعي، والتعلم المعرفي بمثابة أهم النظريات التي اعتمدنا عليها في هذا الكتاب، والتي ساعدت على تبلور وجهة نظرنا فيما يسمى بالعلاج السلوكي متعدد المحاور. ولكل نظرية من هذه النظريات الأربع قواعدها المستقلة، ولو أنها مكملة لبعضها البعض. وقد شرحنا في هذا الفصل أهم القواعد والمفاهيم الرئيسية في كل نظرية منها، وأوضحنا أيضاً أهم الفنيات والأساليب السلوكية العلاجية المشتقة من كل منها ودورها في تطور حركة العلاج السلوكي، وهو ما سنتناوله بالتفصيل في الباب التالي.

الباب الثاني

الأساليب والفنيات

الفصل الخامس: التعويد والكف بالنقيض

الفصل السادس: التدعيم

الفصل السابع: تدريب المهارات الإجتماعية للطفل بالقدوة وحرية التعبير

الفصل الثامن: تعديل أخطاء التفكير

الفصل التاسع: المؤازرة الوجدانية واللطف «منهج التعليم الملطف»

الفصل العاشر: مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

مقدمة الباب الثاني

«طوبى للإنسان الذي عندما لا يجد ما يقوله، يمتنع عن إعطاء الدليل بالأقوال.»

جورج إليوت

تتضمن تطبيقات العلاج السلوكي في ميدان الطفولة نفس أساليب العلاج السلوكي للبالغين مع بعض الإختلافات التي تتطلبها طبيعة تكوُّن المشكلات النفسية لدى الطفل. وبالرغم أن ما أمكن توظيفه من هذه الأساليب في ميدان علاج مشكلات الأطفال لا يزال محدوداً للغاية، فإن ما أمكن توظيفه منها في هذا الميدان يؤدي إلى تغيرات علاجية واضحة، فيما سنرى في الفصول التالية.

الفصل الخامس

التعويد[١] والكف بالنقيض[٢]

جاءت البدايات الأُولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب)[٣]، وهي تلك الإضطرابات التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال وتأخذ شكل إنزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد، ولا تمثل عند التعرض لها خطراً مباشراً على الشخص. ومن أكثر أنواع هذه المخاوف الخوف من بعض الحيوانات، أو الظلام، أو الوِحدة. وتزداد خطورة هذا الإضطراب عندما يرتبط الخوف بموضوعات أو مواقف حيوية ضرورية لتطور الطفل ونموه وذلك كالمخاوف التي تصيب الأطفال من المدارس[٤] أو المخاوف الإجتماعية كالخجل الشديد.

وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الإستجابة المرضية (وهي الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

---

(١) Habituation

(٢) Reciprocal inhibition

(٣) Phobias

(٤) School Phobias

وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يدِ «ماري كوفر جونز» M.C. Jones تلميذة «واطسن» (الدخيل، ١٩٩١) لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات. لقد كان الطفل «بيتر» Peter - وهو الطفل الذي قامت جونز بعلاجه - يعاني من خوف مرضي شديد عندما كان يشاهد الأرانب أو الحيوانات الفرائية المشابهة بطريقة أعاقت تطوره، وأقضَّت مضجعه بأحلام مزعجة. فتمكنت «جونز» في فترة قصيرة من إزالة مخاوف هذا الطفل، وذلك بتعريضه لمصدر الخوف تدريجياً، بإظهار الحيوان على مسافة بعيدة، ثم تقريبه تدريجياً، في الوقت الذي كان فيه بيتر يأكل طعامه، ويُشَجع بالربت والإبتسام على المواجهة.

ولا زال هذا المنهج التدريجي في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال من المناهج الأثيرة لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن.

وفي فترة حديثة نسبياً نشر الطبيب النفسي السلوكي - المعروف «جوزيف ولبي» (Joseph wolpe 1958) كتابه الشهير بعنوانُ العلاج بالكف المتبادل»، وفيه أثبت أن ما يقرب من ٩٠٪ من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها (حوالي ٢٠٠ حالة) أمكن شفاؤها باستخدام هذا المبدأ. وقد استوحى «ولبي» الفكرة الرئيسية لهذا المبدأ من نفس القاعدة التي استخدمتها قبله «جونز» بثلاثين عاماً. ويلخص لنا «ولبي» طريقته على النحو الآتي:

«إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن من شأن هذه الإستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له، إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في الإختفاء التام بعد ذلك (Wolpe, 1958)».

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عدداً من الشروط منها:

١ ـ أن نكون قادرين على معرفة الإستجابات المعارضة للقلق التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعدته. وقد رأينا أن «جونز» استخدمت الطعام، فقد كانت تظهر الحيوان المخيف بينما «بيتر» يأكل طعامه المرغوب. وقد تكون الإستجابة المعارضة للقلق هي حضور الآخرين، وعناقهم للطفل وتشجيعهم ومدحهم له. ولهذا يفضل بعض المعالجين أن يكون الطفل في صحبة شخص يبعث على طمأنينته وراحته عند تعريضه للمواقف المثيرة للخوف. أما بالنسبة للأطفال الأكبر سنًّا فمن الممكن تدريبهم على الاسترخاء[١] في جلسات مستقلة، ثم يشجع على استحضار هذا الاسترخاء عند ظهور المواقف المهددة (للمزيد من الاسترخاء وأساليب ممارسته والتدريب عليه أنظر إبراهيم، ١٩٨٣، ابراهيم ١٩٨٧ والملحق صفحة ٢٩٧ من هذا الكتاب).

٢ ـ تقسيم الموقف المثير للإضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب حدة إثارتها للإضطراب بحيث نبدأ بأقلها إثارة. ويأخذ هذا التدريج في بعض الحالات شكل التقليل التدريجي من المسافة التي تحول بين الطفل وبين موضوع الاضطراب كما فعلت «جونز» عندما كانت تظهر الأرنب في البداية من مسافة بعيدة جداً لا تثير مخاوف حادة عند الطفل.

ويمكن تدريج التعرض للموقف زمنياً أي من خلال التشجيع على التعرض للموقف المهدد لفترات زمنية قصيرة تطول تدريجياً. وكمثال على هذا ما استخدمه مجموعة من المعالجين السلوكيين المعاصرين في علاج المخاوف المرضية من الظلام (king, Cranstoun, & Josephs, 1989) لدى طفل في السادسة من عمره، أصابه خوف شديد من الظلام إثر مشاهدته أحد الأفلام السينمائية عن الكائنات الفضائية، فقد تحكم الخوف من الظلام بهذا الطفل لدرجة جعلته يرفض أن يبقى بمفرده في حجرته، وبصورة

---

(١) Relexation

أعجزته عن الذهاب للحمام بالليل. وقد انتهى به الأمر إلى أنه كان يرفض أن يغادر أمه أثناء النوم في حجرتها مما أربك نظام الأُسرة وعلاقاتها. وقد ابتكر المعالجون طريقة تدريجية زمنية لاحتمال الظلام يطلب فيها من الأُسرة أن تقوم بممارستها مع الطفل كل أُمسية وأثناء الليل وقبل حلول موعد النوم وفق ما يأتي:

«نريدك أن تذهب الآن إلى حجرتك، وأن تجلس هناك، أو أن ترقد على سريرك. سنطفىء الضوء في حجرتك ونريدك أن تحاول قدر استطاعتك أن تظل في الحجرة أطول مدة ممكنة. إذا شعرت بالخوف الشديد لا تحاول أن تشعل الضوء، لكن ببساطة إفتح باب حجرتك واخرج إلينا. يمكنك بالطبع أن تترك حجرتك وتغادرها في أي وقت تشعر فيه بالخوف، ولكن أُريدك أن تتشجع على البقاء في الحجرة أطول فترة ممكنة دون ضوء. سنكون بالخارج. نرجو أيضاً أن لا تصرخ أو تنادي على أحد، ما عليك إذا شعرت بالخوف إلا أن تفتح الباب وتخرج إلينا بأمان».

إن هذا الأسلوب الذي أثبت نجاحه في علاج هذه المخاوف يتضمن زيادة فترة التعرض للموضوع المخيف حتى تتحدد مشاعر الطفل نحوه، كما أنه يوحي للطفل بالإطمئنان بتذكيره أن والديه والمعالج خارج الغرفة، وأن بإمكانه الخروج منها متى ما أراد. (كذلك فإنه لا شك أن المعالج والوالدين كانوا يقدمون التشجيع للطفل كلما أمضى مدة أطول في الغرفة، وهذا نوع من التدعيم).

٣ ـ ويتم تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجياً إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديداً أو من خلال التعريض المباشر[(١)] إذا كان ذلك ممكناً، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف بطريق التخيل أو لا.

---

(١) In vivo

خذ على سبيل المثال حالة طفل عانى من الخوف الشديد من المستشفيات وسيارات الأسعاف لدرجة أن كان يغمي عليه إذا مرت بجواره سيارة إسعاف أو إذا سمع صوتها. وكان من نتيجة ذلك أن الخوف كان يمنعه من الذهاب للمستشفى أو العيادة للعلاج إذا ما تطلب الأمر ذلك. لقد بدأ المعالج (Lazarus, 1971) بتدريبه أولاً على الاسترخاء في ثلاث أو أربع جلسات. ووضع المعالج بالتعاون مع الطفل تدريجاً لمخاوفه بدءاً من رؤية سيارة إسعاف من مسافة بعيدة، أو مصورة على شاشة تليفزيون وحتى رؤية أو تخيل عنبر جراحة في المستشفى، وانتهاء بوجوده بجانب سيارة الإسعاف وداخل المستشفى وهي تطلق صفارتها. لقد أمكن بعد مرور ثلاثة أيام فقط من جلسات التعرض التدريجي لهذه المواقف المخيفة أن يمشي الطفل على مقربة من سيارة إسعاف في موقف للسيارات مع تشجيعه على النظر بداخلها بعد فتح أبوابها الخلفية. وبعد عشر جلسات أجمعت كل الملاحظات وتقارير الوالدين على تحسنه، وأنه أصبح بإمكانه القيام بزيارة المستشفى وركوب سيارة الإسعاف. وبتتبعه بعد ذلك ثلاثة شهور لم يكن هناك ما يشير إلى انتكاس في الإنجازات العلاجية. وعموماً فإن التعرض التدريجي للمواقف بطريق التخيل ثم التعرض المباشر لها من الأساليب التي أثبتت نجاحها في علاج مشكلات الخوف لدى الأطفال. وهناك تقارير متعددة ـ لا يتسع المجال هنا للإشارة إليها لكثرتها ـ تثبت نجاح هذا المنهج في التخلص من حالات الخوف الشديد من الحيوانات والظلام والسفر والسيارات والضوضاء، والخوف المرضي من المدارس وزيارة الأطباء والتعامل مع المدرسين والغرباء.

الاسترخاء العضلي[١]:

عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج لخلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة. ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهة فيسيولوجية معروفة. فالقلق والخوف والإنفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية. ولهذا فإن الطفل في حالات الخوف والإنفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية، فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لاإرادية مثل اللوازم[٢] القهرية في الفم والعينين والإبتسامات غير الملائمة. وتتوتر أيضاً أعضائه الداخلية فتزداد دقات القلب وتعنف، ويتعطل نشاط بعض غدده كالغدد اللعابية فيجف ريقه، ويسوء هضمه بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته.. ولهذا استخدم «جاكبسون» Jacobson ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الاسترخاء التصاعدي[٣] الذي يطلب خلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركّز بصره على نقطة لامعة ثم أنه يبدأ بتوجيه من المعالج إرخاء أعضاء جسمه عضواً عضواً، بأن يطلب منه في البداية أن يغلق راحتي اليدين بكل قوة وإحكام وأن يلاحظ التوترات والإنقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياس للتوتر) ثم يطلب منه فتحهما بعد ثوان معدودة واضعاً إياهما في مكان مريح ملاحظاً ما يحدث في عضلات مقدمة الذراعين من استرخاء وراحة عامة في الجسم كله. وهكذا ينتقل المعالج بالطفل على مختلف أعضاء جسمه ـ بدءاً من القدمين ومروراً بالساقين والفخذين، وعضلات البطن والصدر والوجه والفم والرقبة ـ توتراً ثم إرخاء. حتى يصل الطفل في خلال ثلاث أو أربع جلسات إلى التحكم

---

(١) Muscle relaxation

(٢) tics

(٣) Progressive relaxation



شكل رقم ٦:

من شأن الاسترخاء العضلي وحده أن يؤدي إلى التخفيف من القلق والتوتر عند مواجهة المواقف المهددة. ويمكن التدريب على الاسترخاء في العيادات السلوكية بطريقة منظمة، كما يمكن للشخص أن يمارسه بنفسه باستخدام أجهزة التسجيل السمعي. ويرتهن نجاح الاسترخاء كأسلوب علاجي للطفل بشروط عدة منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدرب على ذلك (بعد أن يصل إلى ٨ سنوات من العمر تقريباً). وأن لا يكون من المتخلفين عقلياً، وأن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب (تعزيزات) ثانوية يجنيها منها.

الكامل، واكتساب القدرة على الإسترخاء (للمزيد وللإطلاع على الإجراءات العلاجية للإسترخاء وبعض التمارين المستخدمة لذلك أنظر: ابراهيم، ١٩٨٣، ابراهيم ١٩٨٧، ١٩٧١، Benson et al. 1974, Lazarus, 1971).

وفي تقرير حديث (Peterson and Harbeck, 1990. p. 745) عن استخدامات الإسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفاعلية في علاج المخاوف المرضية والتخفف من الإضطرابات السيكوسوماتية والسيكوفيزيولوجية، وعلى سبيل المثال استخدم أندرسون (Anderson, 1975) بنجاح ثلاث جلسات استرخاء (كل منها إستغرق ساعة) مع طفل كان يعاني من الأرق. كذلك أمكن استخدام الإسترخاء بنجاح في علاج الإضطرابات المرتبطة بالتنفس مثل الربو. وتزداد فاعلية الإسترخاء عندما يكون الإضطراب العضوي والعضلي جزءاً رئيسياً من مشكلات الطفل النفسية. ولهذا تزداد فاعليته في حالات القلق والمخاوف المرضية ـ أكثر مثلاً من حالات الإكتئاب ـ بسبب النشاط الإستثاري المصاحب لهما. كذلك يبدو أن نجاح الإسترخاء في علاج حالات الربو وتحمل الألم ومشكلات علاج الأسنان يرجع إلى نفس هذا السبب وهو بروز الجانب العضوي كجانب رئيسي من جوانب التعبير عن الإضطراب النفسي. أما عندما يكون الإضطراب النفسي غير مصحوب بذلك فإن من الأفضل الإعتماد على الأساليب العلاجية الأُخرى التي سيأتي تفصيلها (Peterson and Harbeck, 1990).

ويرتهن نجاح الإسترخاء بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك (أي بعد ٨ سنوات تقريباً) وأن لا يكون متخلفاً، وأن تكون إضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها.

الخلاصة

التعويد والكف بالنقيض طريقتان من العلاج يتم بمقتضاهما إزالة السلوك المرضي (خاصة الخوف والقلق) من خلال التعرض التدريجي للمواقف المرتبطة بظهوره مع استبدال السلوك المرضي بسلوك آخر معارض ومناقض له، ويتطلب استخدام هذا السلوك التعرف على المصادر المرتبطة بظهور الخوف والقلق، وأن نرتبها حسب درجة شدتها بحيث نبدأ بأقلها إثارة للقلق وننتهي بأكثرها تأثيراً في إحداثه. ثم يمكن بعد ذلك تعريض الطفل لهذه المواقف تدريجياً بطريق التخيل أو التعرض الفعلي. ويساند استخدام هاتين الطريقتين أسلوب آخر هو الاسترخاء العضلي التصاعدي، وهو أسلوب حديث له شروط وقواعد يتعرض لها هذا الفصل بالتفصيل، ويرتهن نجاح الاسترخاء كطريقة علاجية لمشكلات الخوف والقلق عند الأطفال بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك، وأن يكون على درجة عادية من الذكاء، وأن تكون اضطراباته وجوانب القلق لديه غير مرتبطة بمكاسب ثانوية، أو الحصول على انتباه سلبي من خلالها.

الفصل السادس

التدعيم

«غسان»[1] طفل في الثالثة عشر من العمر، كان يتردد لسنوات على العيادة الخارجية بقسم الطب النفسي بإحدى المستشفيات الجامعية بسبب الإفراط في الحركة. وبسؤال الوالدين تبين أن غسان كان يعاني من مشكلات أخرى من بينها التبول اللاإرادي وإهمال الواجبات المدرسية، والإعتداء على الأم بالضرب. ولم يستجب غسان للتعليمات أو للتهديدات المختلفة، على كثرتها وتنوعها، لمنعه من التبول على نفسه. وبسؤال الوالدين تبين أن أخوته الكبار ووالديه جميعهم كانوا قد عزفوا عن التعاون معه، ونفروا منه وكانوا يفضلون مواجهته بالعقاب والضرب إذا ما تبوَّل، أو إذا اعتدى على أمه بالضرب. أما في المدرسة فقد كان تخلفه واضحاً، فقد رسب لعامين متتاليين، وكان هناك تهديد بفصله تمشياً مع الأنظمة. وكان من رأي المدرسة أن من الأفضل «لغسان» أن يُحَوَّل إلى التعليم الخاص في إحدى مدارس التربية الفكرية.

أما عن العلاج الطبي، فقد كان غسان موضوعاً تحت إشراف طبيبة

(١) الأسماء المستخدمة هنا أسماء غير حقيقية للمحافظة على خصوصية الحالات كذلك قمنا بتبديل بعض البيانات الديموجرافية في الحالات المعروضة لنفس الغرض.

نفسية كانت تعطيه بانتظام عقاقير «الريتالين» للتحكم في الإفراط الحركي، وبالرغم أنه أمكن التحكم بالإفراط الحركي إلا أن ما كان يعطى له من أدوية أُخرى «كالتوفراينل» Tofranil للتحكم في التبول اللاإرادي لم يعط نتيجة حاسمة، فقد كان غسان يعاود التبول اللاإرادي كلما توقف الدواء.

عندما حوّل غسان إلينا (ع. إبراهيم)، لم يكن هناك ما يدل على العدوان، بل على العكس كان غسان نحيف البنية يبدو عليه الإنهاك وكانت تبدو على وجهه الحيرة وعدم الاكتراث. كما أن نسبة ذكائه باستخدام اختباري «راڤين» للمصفوفات[1] واختبار رسم الشخص[2] وصلت إلى ٨٥ أي في فئة أقل من المتوسط بقليل. ومع ذلك فإنه كان واضحاً أن معايير التخلف العقلي لا تنطبق عليه، وأن مشكلاته الانفعالية والسلوكية والعقلية بما فيها التخلف الدراسي كانت فيما يبدو عرضاً من أعراض الإضطراب وليس بسبب التخلف العقلي.

من خلال جلسات التشخيص مع الأُم والطفل وبعض أفراد الأُسرة تبينت للمعالج الحقائق الآتية:

١ ـ إن المشكلات التي يعاني منها «غسان» وتعاني منها الأُسرة متعددة وأن البدء بها مجتمعة أمر غير واقعي، وأنه لا بد لهذا أن نختار من بين هذه المشاكل مشكلة واحدة تكون محوراً رئيسياً للعلاج بحيث يؤدي النجاح في التحكم بها إلى تغيرات إيجابية تشجع غسان على التغير وتشجع أُسرته على التعاون معه.

٢ ـ كان من الواضح بأن الأُسرة لا توليه إهتمامها، ولكنهم كانوا جميعاً ينزعجون من تصرفاته المضطربة ويعبرون عن ذلك بتهديده بالضرب وإن لم ينفع ذلك فالضرب.

---

(١) Raven Progressive Matrices

(٢) Draw - A Person Test

٣ ـ أن الأُسرة تشعر بفشلها في تقويم سلوكه، وكان من نتيجة هذا أن عزف أفرادها جميعاً عن التعاون معه لحل مشكلاته، فاتسمت العلاقة معه بالتوتر والصراع.

وبالتعاون والحوار مع الأم إتفق المعالج مع الأسرة على أن يكون موضوع العلاج هو التبول اللاإرادي كسلوك محوري. فقد شعرنا أن توقف «غسان» عن التبول اللاإرادي سيشعره بالنجاح والثقة بنفسه، وسيمكن الأسرة في نفس الوقت من أن تشعر بذلك، وأن تغير من أنماط إتصالها بالطفل بحيث لا يصبح الضرب أو التأديب هو النمط الرئيسي في العلاقات الإجتماعية والأسرية بالطفل. أما عن عدوان الطفل على أمه فقد كان تخميننا أنه راجع إلى أنها الحلقة الأضعف في العلاقة السلبية بين غسان وعائلته، وكانت أمه الوحيدة من بين أفراد أسرته التي لم تلجأ إلى العنف الجسدي معه كثيراً فقد كانت تطلب من أحد إخوته الكبار في كثير من المرات أن يقوم بتهذيبه وتقويمه.

أما الخطوة الثانية لذلك فقد تمحورت حول تحديد كيفية الإستجابة الأسرية للطفل بشكل عام، واستجاباتها له عندما يصدر منه السلوك المحوري (التبول اللاإرادي) وركزت خطة العلاج لذلك على النقاط التالية:

١ ـ أن تقوم الأُم بتكوين رابطة وجدانية bond مع «غسان» بحيث تقوم بالدفاع عنه أو حمايته إذا ما قام أحد بضربه، وأن تعمل ويعمل بقية أفراد الأُسرة على مبادلة الحديث معه وسؤاله عن أحواله بشكل عام كل ساعة يومياً وذلك لتوطيد هذه الرابطة الوجدانية بالأُسرة.

٢ ـ طلبنا من الأُم أن تشتري بعض الهدايا البسيطة (حلوى، أوراق تلوين، أقلام تلوين، مشروبات) وأن تحتفظ بهذه الأشياء في مكان أمين غير متاح لأحد من أفراد الأُسرة بما فيهم «غسان».

٣ ـ أن تطلب من «غسان» أن يذهب للحمام للتبول كل ساعتين، وإذا نجح في ذلك تعطي له مباشرة أحد قطع الحلوى مع تقريظه على

نجاحه في ذلك.

٤ ـ إذا تبوّل غسان على نفسه، طلبنا من الأُم والأُسرة تجاهل ذلك بالمرة، فالمطلوب فقط هو مكافأته على عدم التبول على نفسه وليس معاقبته على التبول على نفسه. والمطلوب في هذه الحالة أن يقوم «غسان» بوضع ملابسه المتسخة في الحمام أو الغسالة تهيئة لغسلها.

٥ ـ بعد مرور أسبوع على استخدام أسلوب المكافأة الفورية طلبنا من الأُسرة أن تكتفي بوضع نجمة زرقاء لكل مرة يذهب فيها غسان للحمام للتبول ونجمة خضراء عندما يمر اليوم كله دون تبول وذلك باستخدام الجدول الآتي:

جدول ٣ التدعيم الرمزي

الاسم: التاريخ السلوك:

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة الزرقاء معناها يذهب للحمام وتساوي خمس نقاط

النجمة ذات اللون الأخضر معناها مر اليوم دون تبول وتساوي ٢٠ نقطة

٦ ـ تحول النجوم في نهاية اليوم إما إلى تدعيم مباشر بإعطاء كل نجمة إحدى المدعمات المتوفرة أو توفير هذه النجوم لاستخدامها في الحصول على شيء أكبر أو شرائه. وبموجب هذا الترتيب كان على الأب أن يعرض على غسان في نهاية اليوم الخروج لمبادلتها بأشياء يشتريها في مقابل ما وفر من نقاط، أو في نهاية الأسبوع إذا ما رغب غسان في توفير نقاط أكثر.

٧ ـ فيما عدا ذلك كانت أوامر المعالج للأسرة واضحة «لا تنتقد، لا تضرب إذا ظهر السلوك السلبي.. تصرف بشكل عام بالتشجيع. أظهر إهتمامك وامتدح سلوكه كلما بدر منه ما يدل على اهتمام بمظهره ونظافته».

وقد كان التغير في سلوك الطفل واضحاً للغاية، إذ توقف التبول اللاإرادي بالنهار في الأسبوعين الأولين، ولم تحتج الأُسرة إلى استخدام جدول التدعيمات السابق أكثر من أسبوعين آخرين حتى توقف التبول الليلي. وفي نفس الوقت بدأت الأُسرة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لسلوك طفلها، وبدأت تظهر جوانب أُخرى وهي توقف العدوان على الأُم. كما استمرت الأُسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوبة، مع تشجيع الرابطة الوجدانية مع الطفل، وانعكس ذلك على إدائه الدراسي حيث أصبح من الممكن لأحد الأُخوة الكبار أن يساعده في حل واجباته المنزلية مما قلل الشكاوي المدرسية. لقد تحول «غسان» من طفل مذل وعدواني ومهمل إلى طفل قادر على التحكم في سلوكه.. مما جعله هدفاً لكثير من الإستجابات الوجدانية من الأسرة والاهتمام.

يعتمد الأسلوب الذي استخدمه المعالج في المحاولة السابقة على عدة عناصر مشتقة من نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) وهي استخدام التدعيم للسلوك الإيجابي والتدعيم السلبي، والتجاهل، وهي تشكل ـ مع غيرها من المبادىء التي سيأتي ذكرها فيما يلي ـ أهم الفنيات المشتقة من هذه النظرية.

التدعيم (التعزيز):

التدعيم هو فيما أشرنا من قبل أي فعل أو حدث يأتي بعد السلوك ويؤدي إلى زيادة في حدوث ذلك السلوك أو في تكرار حدوثه. فكلمات المديح، وإظهار الاهتمام، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية

(بالشكر مثلاً) عند ظهور سلوك إيجابي معين (هو الذهاب للحمام في حالة غسان مثلاً) تعتبر جميعها أمثلة للتدعيم إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الإيجابي.

وقد يكون التدعيم إيجابياً أو سلبياً. ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب. فالمكافأة التي كانت تعطى لغسان في المثال السابق إثر ذهابه للحمام، أو إثر قيامه بسلوك مرغوب كنظافة ملبسه، والنجوم التي كانت تلصق له على جدول التدعيمات تعتبر مدعمات (معززات) إيجابية لأنها أدت إلى زيادة في السلوك المرغوب وهو النظافة أو الضبط، ولهذا تتزايد جوانب كثيرة من السلوك الإيجابي في الطفل كالمهارة في الحديث، والتأدب، والإنجاز، والنشاط إذا ما واجهناها بالإنتباه والتقريظ الملائمين.

أما التدعيم السلبي فيتمثل في توقف أو منع حدث كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب، وهو يؤدي بالمثل إلى زيادة في السلوك المرغوب. فتوقف حدث مزعج إذا ما أتى بعد السلوك أو نتيجة له وزاد تكرار حدوث ذلك السلوك نتيجة لهذا التوقف هو تدعيم سلبي.

والتدعيم - إيجابياً كان أو سلبياً - يؤدي دائماً إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب. ولكن المعالج السلوكي يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجه سريعة، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له. والعادة أن التدعيم السلبي يتم بعد تطبيق منبه منفر، فيكون التوقف عن هذا المنبه المنفر أو منعه عند ظهور سلوك معارض للسلوك السلبي، ومن ثم فقد يشتم الطفل من تطبيق التدعيم السلبي محاولة للتسلط، والحرمان، وفرض العقاب بكل ما للعقاب من آثار جانبية سيئة ستتضح فيما بعد.

والمدعمات أنواع، فهي لا تقتصر على المكافآت المادية كما يظن

البعض خطأ حينما يقصرون المدعمات أو المعززات على المكافأة أو الحوافز المادية. ومن المهم للمعالج السلوكي، ولكل المتخصصين في مجال الصحة العقلية في ميادين العلاج الفردي أو المؤسسات العلاجية أن يكونوا على علم بأنواع هذه المدعمات أو أن يكون لديهم رصيد منها حتى يمكن استخدامها بفعالية. والقارىء المهتم بالعلاج السلوكي بطريق التدعيم يمكنه الاستعانة بالإستبيان الآتي (جدول رقم ٣) عن التدعيمات والنشاطات السارة. كذلك يمكنه الرجوع إلى استبيان المدعمات المنشور في مكان آخر باللغة العربية (ابراهيم ١٩٨٧).

وعموماً يمكن تصنيف المدعمات إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي: مدعمات مادية وممتلكات، ومدعمات إجتماعية، ومدعمات نشاطية (أي مرتبطة بأداء نشاطات محببة). وتدخل في المدعمات المادية كل الأشياء الملموسة التي تكون قيمتها التي فيها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية. ولهذا لا يحتاج الطفل لتعلم فائدتها. ويصلح هذا النوع من التدعيم مع الأطفال الصغار، وفي حالات التخلف العقلي، وحالات الإضطراب الذهانية. ومن أمثلتها الحلوى والطعام واللعب، والمشروبات..

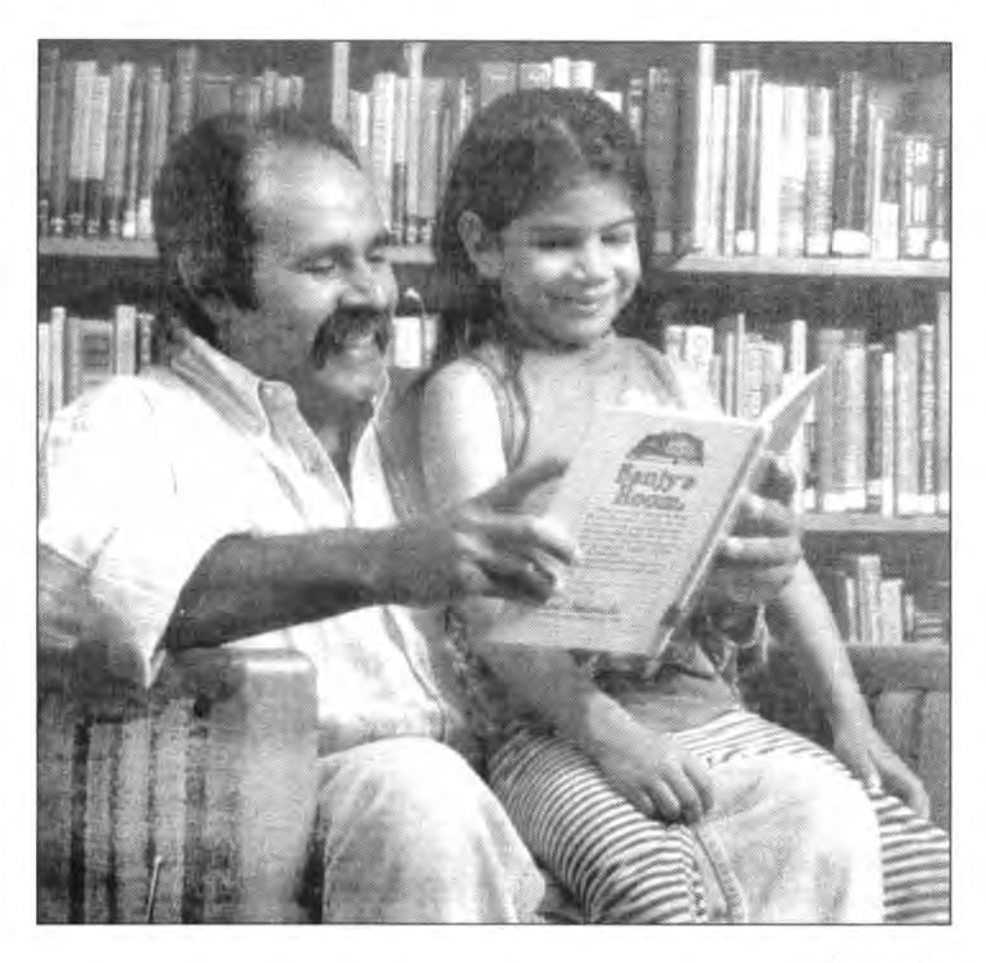
ويمكن تقسيم المدعمات الإجتماعية إلى أربعة أقسام تمثل:

أ ـ إظهار الاهتمام والإنتباه بكل ما يصحب ذلك من مظاهر سلوكية دالة عليه كالتبسم، وإيماء الرأس، والإحتكاك البصري.

ب ـ الحب والود وذلك كما في حالات عناق الطفل أو تقبيله، أو الربت عليه.

جـ ـ الإستحسان باستخدام الألفاظ الدالة على الإستحسان أو الحركات، كالتصفيق، والشكر والموافقة.

د ـ الإمتثال والإذعان، فإذعان الأبوين أو الأُخوة إلى طلبات الطفل وإلحاحه بتقديم ما يرغب فيه يعتبر ذو قيمة إجتماعية.



شكل رقم ٧:

إظهار الاهتمام بالنشاطات الإيجابية لدى الطفل بما فيها النشاطات الأكاديمية يعتبر من أهم الأساليب الفعالة في تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعالجين السلوكيين على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوانب السلوك الإيجابي للطفل من خلال ما يسمى بالتدعيم الإيجابي أي إظهار الاهتمام والثناء على الطفل وإثابته مادياً أو معنوياً (من خلال القرب البدني والتواصل) عندما يصدر من الطفل سلوك إيجابي كالنظافة أو رعاية النفس، أو النشاطات التحصيلية. فالتدعيم لا يقتصر على المكافآت المادية وحدها بل يمتد ليشمل أي حدث يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب.

أما المدعمات المرتبطة بأداء نشاطات معينة فهي تشمل على سبيل المثال مشاهدة التليفزيون، الخروج للنزهة، الذهاب للملاهي، قيادة الفصل الدراسي، أو أي نشاطات مفضلة للطفل يمكن استخلاصها بملاحظته، أو استنتاجها من خلال التفاعل معه.

فضلاً عن هذا، فهناك طائفة أُخرى من التدعيمات التي يطلق عليها العلماء إسم التدعيمات الهروبية (السلبية) أي التي ترتبط بتجنب أو منع أشياء مزعجة أو كريهة، كالتوقف عن النقد، أو الضرب، أو التوقف عن توقيع عقوبات معينة.

أساليب أُخرى من التعلم الفعال (الإجرائي):

أثارت نظرية التعلم الفعال (الإجرائي) محاولات أُخرى لابتكار طرق وأساليب علاجية جديدة، منها التقريب المتتالي[1] الذي ينطوي على تقسيم العمل أو السلوك المراد تعلمه إلى خطوات أو مراحل صغيرة، وتدعيم الطفل كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية. وبهذه الطريقة يمكن تدريب الأطفال على كثير من جوانب السلوك المعقد مثل القراءة والكتابة. وتعلم غسل الوجه وتجفيف اليد ولبس الحذاء أو الملابس أو ركوب دراجة، أو تعلم قيادة سيارة (ويستخدم هذا الأسلوب مع أسلوب القدوة بزيادة فاعليته كما سنرى).

وهناك ما يسمى بالتدعيم الفارق لأي استجابة أُخرى[2] ومن خلاله يمكن أن تكافيء الطفل أو تدعم استجاباته عندما لا يظهر منه السلوك المحوري المرضي. فالحديث مع الطفل وتبادل الحوار معه بود وإعطائه

---

(١) Progressive approximation

(٢) Differential reinforcement of other responses (DRO)

بعض المدعمات كل نصف ساعة مثلاً عندما لا يكون منغمساً في سلوك غير مرغوب سيؤدي إلى زيادة سلوكه الإيجابي (Peterson & Harbeck, 1990).

وهناك أسلوب آخر يسمى تدعيم السلوك البديل(١) للسلوك المحوري، يماثل الطريقة السابقة، إلا أنه يتطلب تقديم التدعيم عندما يؤدي الطفل سلوكاً مناقضاً ومضاداً للسلوك المرضي. ومن الاستخدامات الناجحة لهذا الأسلوب علاج مشكلة مص الطفل لأصابعه بتدعيم قيامه بسلوك مضاد بإبقاء الأصابع خارج الفم. ويمكن كذلك في هذه الحالة إضافة طريقة التشكيل التي تحدثنا عنها مسبقاً بزيادة متطلبات التدعيم تدريجياً بحيث لا يقدم التدعيم إلا بعد فترات تتزايد طولاً يُبقِي فيها الطفل إبهامه خارج فمه.

ويستخدم الأسلوبان السابقان بنجاح لعلاج مشكلات العدوان بين الأطفال المتخلفين (Giampo et. al., 1984) والأسوياء (Lazarus, 1971) على السواء. كذلك هناك تقارير حديثة تثبت نجاحهما في علاج بعض المشكلات العضوية والشكاوي الصحية التي ليس لها أساس عضوي وذلك بتدعيم الطفل عندما يؤجل تعبيره عن الألم، أو عندما يبرز منه سلوك صحي مخالف لشكواه البدنية (Peterson & Harbeck, 1990).

متى يكون التدعيم فعالاً؟

يجب أولاً أن يكون المدعم (المعزز) متوقف الحدوث على السلوك المرغوب فقط، فحدوثه اعتماداً على مسببات أخرى سيقلل من كفاءته في تمكيننا من التحكم بذلك السلوك.

كذلك يجب أن يقدم المدعم حال حدوث السلوك المرغوب لأن التأخير في تقديمه سيقلل من فعاليته في زيادة تكرار السلوك المرغوب أو

---

(١) Differential reinforcement of alternative behavior (DRA)

احتمال حدوثه. لذا يجب أن يكون التدعيم فورياً إثر حدوث السلوك المرغوب، فالتأخر في إعطاء المدعم قد يؤدي إلى تدعيم سلوك غير السلوك الأصلي. فالوعد بتقديم قطعة من الحلوى للطفل عندما يتبول في المكان المناسب ثم الإخفاق بالقيام بذلك، وإعطائه قطعة الحلوى عندما يلح ويكرر الطلب سيؤدي إلى تدعيم سلوك الإلحاح وليس التبول في المكان المناسب.

ثم إنه يجب أن يكون المدعم محبوباً ومرغوباً من الطفل، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الطفل. وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهده للحصول عليه. وتلزم الملاحظة أن حجم المدعم يؤثر على فعاليته بحيث أنه كلما ازداد حجمه كلما كان تأثيره على السلوك الذي سبقه أكثر. والقاعدة التي نستخلصها مما ذكر هي أنه إذا قدمت مدعماً بعد سلوك معين ولم يؤد إلى تقوية ذلك السلوك، فإن من الأفضل أن تبحث عن مدعم آخر لأن المدعم الأول غير فعال.

كذلك فإنه يجب أن يكون هناك إتساق في تقديم المدعم بحيث يقدم دائماً بعد ظهور السلوك المرغوب. لكن من الأفضل البدء في تقليل عدد المرات التي يقدم فيها المدعم بعد ملاحظة بعض التحسن. وبعبارة أُخرى من الأفضل دائماً استخدام التدعيم المستمر في بداية تعلم السلوك الإيجابي ثم يمكن الانتقال إلى التدعيم المتقطع عندما يحدث تقدم في السلوك.

كما ينبغي التحرر من بعض الأفكار غير المنطقية عند استخدام مبدأ التدعيم، فهناك من يعتقد أن استخدام التدعيم قد يعتبر نوعاً من الرشوة للطفل. ولا شك أن المعالج أو الأب الذي يتبنى مثل هذا الإعتقاد سيستخدم التدعيم بطريقة غير فعالة. يجب أن تتذكر أن السلوك الخاطىء قد يكون أصلاً بفعل التدعيم، وأن التوقف عن تدعيم السلوك الخاطىء واستبداله بأسلوب جديد يمكن من خلاله تدعيم السلوك المرغوب واجب

خلقي وإنساني، فضلاً عن فائدته الصحية. ولا ننسى أننا لا نعتبرها «رشوة» عندما نجد من الضروري أن نتسلم راتبنا الشهري من صاحب العمل، إننا على العكس نجد توانيه عن ذلك إثبات لفشله أو سوء خلقه، أو ضعف مهاراته الإدارية.. الخ.

العقاب(١) وتكاليف الإستجابة(٢) والإبعاد المؤقت(٣):

العقاب هو حدوث منبه مؤلم أو منفر ـ لفظي أو بدني ـ عند حدوث السلوك، أو توقف حدوث منبه إيجابي نتيجة لتصرف ما. ومن أمثلة النوع الأول من العقاب الضرب، وزجر الطفل، والصراخ في وجهه. ومن أمثلة النوع الثاني الحرمان من التفاعل الإجتماعي، أو مشاهدة التليفزيون أو اللعب بلعبه. وتعتبر الأساليب التي يستخدمها المدرسون أمثلة إضافية على هذا النوع من العقاب، فطرد التلميذ من الفصل، أو إنقاص درجاته عندما يظهر سلوك غير محبب كالإهمال والشغب هي أيضاً أنواع من العقاب. والعقاب يختلف عن التدعيم السلبي من حيث المنهج والنتائج كما سبق وذكرنا.

ومن أحد أنواع العقاب الرئيسية ما يسمي بتكاليف الإستجابة والتي تأخذ شكل الحرمان من مدعم كان يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب.

ومن أهم أنواع العقاب ما يسمي **بالإبعاد المؤقت**، ويتضمن إبعاد الطفل إثر ظهور السلوك عن الموقع لمدد قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات إجتماعية أو نفسية (ولكن لا يكون مخيفاً كذلك). ومن مزايا هذا الأسلوب أنه يساعد أولاً على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فوراً وبالتالي يُقلل من التطورات السيئة. فإبعاد طفلين متشاجرين

---

(١) Punishment

(٢) Response Cost

(٣) Time out

وإرسالهما لفترات قصيرة ـ أو إرسال المعتدي منهما ـ ينهي المشادة وما قد يترتب عليها من مضار بدنية أو تخريب، كما أنه يسمح ثانياً بإعطاء الطفل فرصته للتأمل في سلوكه بهدوء، كما يعطي الأبوين أو المشرفين فرصة أكبر للتحكم الإنفعالي. (فضلاً عن هذا فالإبعاد المؤقت لفترة قصيرة من شأنه أن يُبْعِد الطفل عن المشتتات البيئية التي قد تعوقه عن استكشاف الطرق الأُخرى للتصرف الملائم في المستقبل) على أن نجاح أسلوب الإبعاد المؤقت يرتهن بشروط متعددة منها:

أ ـ **تجنب الهياج الإنفعالي** والثورة خلال تطبيقه. لا بد من التسلح بالهدوء لأن الهياج الإنفعالي قد يدفع الطفل لمزيد من الإنفعال، وهذا الإنفعال قد يكون في حد ذاته مدعماً إضافياً للسلوك السيء بسبب ما يتضمنه من انتباه سلبي.

ب ـ ينبغي **تجنب الجدل والنقاش** مع الطفل. إذ ينبغي أن تذكِّر الطفل بكل بساطة بأنه قد خرق قاعدة أساسية من القواعد التي تم الإتفاق عليها معه من قبل (بضربه لأُخته مثلاً أو إتلافه لقطعة من الأثاث) وأنه لهذا يجب أن يذهب مثلاً إلى حجرته أو إلى أي مكان منعزل في المنزل لفترة محددة. الحزم والهدوء مطلبان ضروريان للنجاح في ذلك.

ج ـ تجاهل كل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات أو توسلات أو أعذار، بل إنه في حالة مثل هذه يجب تطويل مدة الإبعاد إلى أن تنتهي هذه الاحتجاجات.

د ـ تحدد مدة الإبعاد حسب عمر الطفل بحيث تطول دقيقة مع كل سنة من عمره.

هـ ـ عند تطبيق أسلوب الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأنه وسيلة لإعطاء الطفل فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقاباً. كذلك يجب أن يلتزم الطفل خلال هذه الفترة بالهدوء.. وإلا من الممكن تمديد الوقت المحدد لذلك أو مضاعفته (Ingersoll, 1988, Neisworth & Smith, 1986).



شكل رقم ٨:
يعتبر إبعاد الطفل مؤقتاً ولمدة قصيرة (دقيقتين مثلاً) عن موقف أو مدعم ذي فائدة عندما تبدر منه اضطرابات أو مشكلات سلوكية من الأساليب الفعالة في تعديل السلوك المضطرب. ومن المهم لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح أن يبتعد المعالج أو الأبوين عن الهياج الانفعالي عند فرضه وتجنب الجد والنقاش، مع الإيضاح للطفل أن إبعاده هو لفترة مؤقتة وأنه ليس عقاباً بقدر ما هو فرصة له للتفكير في سلوكه. ويستخدم هذا الأسلوب بفاعلية خاصة في المواقف التي تتسم بالصراع الشديد والعراك بين الأطفال.

وبالرغم من الإنتقادات التي توجه لأسلوب الإبعاد على أنه نوع من العقاب، فإن نتائجه تكون مقبولة (خاصة إذا كان الموقف نفسه يؤدي إلى مزيد من الإضطراب والفوضى والعدوان والتعارك.). ولهذا فهو يستخدم بفاعلية في مثل هذه المواقف التي تتسم بالصراع الشديد بين الأطفال. ولا ننصح من ناحيتنا باستخدامه بشكل متسلط أو متكرر من قبل المشرفين والمدرسين، لأننا في مثل هذه الحالات نشجع السلوك التسلطي والخضوعي ولا نعمل على إيقاف السلوك العدواني كمطلب من مطالب العلاج.

استخدام التجاهل(١):

تعرف البديهة الإجتماعية ويعرف إختصاصيو الصحة العقلية أن كثيراً من أنواع السلوك التي تسبب الإزعاج للأُسرة يمكن أن تختفي في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها. فمن المعروف أن تجاهل كثيراً من جوانب السلوك المزعجة (خاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر ستؤدي إلى اختفائها تدريجياً. ولهذا فإن الآباء بانزعاجهم الشديد من بعض مشكلات أطفالهم، وما يقومون به من محاولات للتصحيح، غالباً ما يؤدي إلى عكس ما يرغبون.

ومن الأمثلة على أنواع السلوك التي يمكن علاجها بتجاهلها: البكاء المستمر، العويل، النهنهة، العزوف عن الطعام، الشكاوي المرضية العابرة، وكذلك أنواع السلوك أو الإستجابات التي تصدر للمرة الأُولى من الطفل كقضم الأظافر أو نتف الشعر، أو تحطيم شيء عفوي.

ولكي يكون التجاهل فعَّالاً، أي لكي يؤدي إلى النتيجة المرجوة وهي انطفاء السلوك السلبي فلا بد من توفر شروط منها:

أ ـ الانتظام والاتساق في تطبيق طريقة التجاهل. فمن المعروف أن التجاهل

(١) Ignoring

ـ خاصة بعد أن يكون الطفل قد اعتاد على الانتباه من الآباء ـ سيؤدي في بداية تطبيقه إلى ما يسمى بفترة الإختبار[١]. وفي خلال هذه الفترة ـ التي قد تمتد أحياناً لأيامٍ أو أسابيع ـ قد يتزايد السلوك غير المرغوب أكثر مما كان عليه من قبل. هذا التزايد شيء يقوم به الطفل ليتأكد من أن النمط القديم من الإستجابات والاهتمام لا زال ممكناً. ولهذا فإن علماء الصحة يحذرون بشدة من التراجع في هذه الفترة الإختبارية عن استخدام التجاهل ويرون أنه لا بد من الانتظام والإستمرار فيه.

ب ـ **اللغة البدنية الملائمة**: عند تطبيق التجاهل تجنب الإحتكاك البصري بالطفل، والتفت بعيداً عنه حتى لا يرى تعبيراتك.

ج ـ **إبعد نفسك مكانياً**، أي لا تكن قريباً منه خلال ظهور السلوك الذي أدى إلى استخدامك للتجاهل! إن مجرد القرب البدني يعتبر تدعيماً للسلوك غير المرغوب. وغالباً ما سيتوقف الطفل (عن عويله مثلاً) إذا كان متأكداً من أن أحداً لا يسمعه أو يراه.

د ـ **إحتفظ بتعبيرات وجهك محايدة** فاختلاس النظر للطفل، أو إظهار الغضب، أو وقوفك أمامه مترقباً أن ينهي تصرفاته كلها تفسد من التجاهل المنظم، لأنها تكافىء الطفل بالإنتباه لأخطائه.

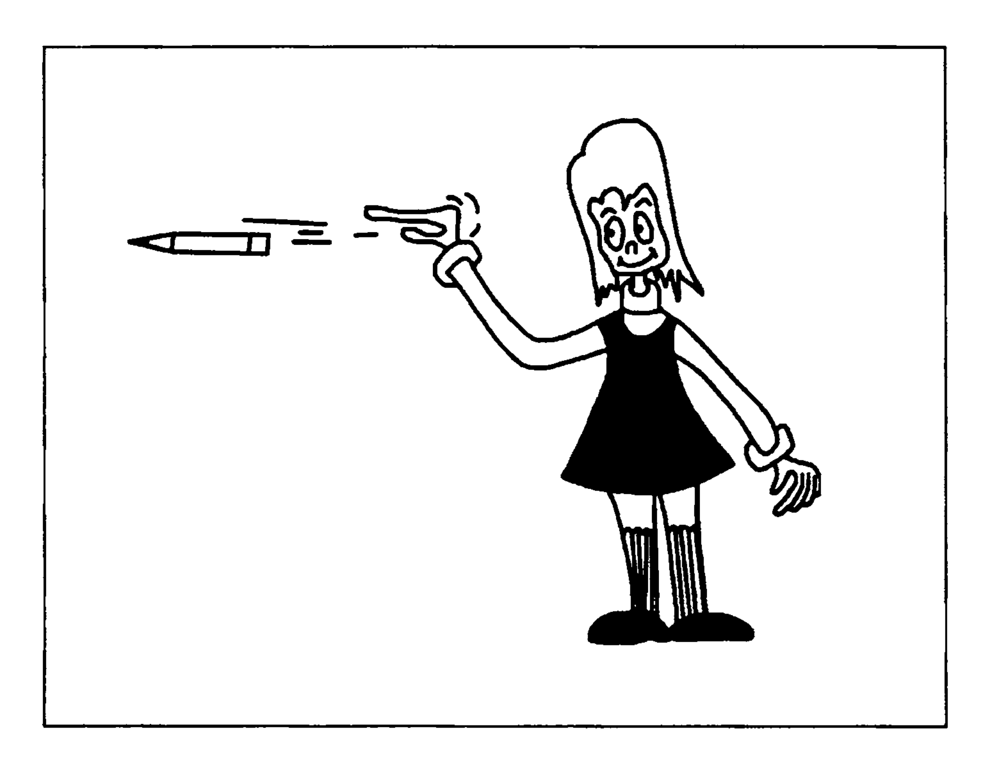
هـ ـ خلال فترة التجاهل ينبغي أن **لا تدخل في حوار أو جدل مع الطفل**.

و ـ يجب أن يكون **التجاهل فورياً**، أي حالما يصدر السلوك غير المرغوب.

كما ينصح العلماء كقاعدة رئيسية من قواعد نجاح العلاج أن **تتجاهل السلوك ولا تتجاهل الشخص**. ويتطلب ذلك أن تدعم الطفل إيجابياً وبشتى الوسائل بما فيها إظهار الود والإهتمام والمشاركة في شيء إيجابي حالما يتوقف السلوك الخاطيء. إن المقصود من التجاهل هو التخلي عن بعض

---

(١) Testing period



شكل رقم ٩:

أشكال من العدوان بعضها يتضمن إيقاع أذى بدني (كالضرب) وبعضها يتضمن إلقاء شيء ضار. ومن العدوان التحطيم والتكسير المتعمد، والعدوان اللفظي والشتائم. في مثل هذه الأحوال إلجأ بدلاً من التجاهل إلى التدخل السريع ويكون ذلك بإيقاف الضرر الواقع على الشخص الآخر بمواساته ومعالجة النتائج السيئة التي ترتبت على السلوك الضار سواء في الشخص الذي وقع عليه العدوان أو البيئة. ثم تجاهل الموقف ولا تتجاهل الشخص المعتدي بل ساعده على المشاركة في إصلاح الضرر أو وجِّه انتباهه إلى نشاط آخر، ثم ادعم النشاط الجديد واستمر في ذلك التدعيم.

الجوانب السيئة من السلوك، لكن الإهتمام الإيجابي والرعاية، وامتداح قدرات الطفل تعتبر من أقصر الطرق لتكوين طفولة ناجحة، كما أنها تقوي العلاقة بين الأبوين والطفولة مبكراً مما يجعل أثارها التالية لا تقدر من حيث الارتباط الوجداني الإيجابي بينهما.

فضلاً عن هذا فإن هناك اضطرابات سلوكية ومشكلات قد يكون تجاهلها خطيراً. فالسلوك العدواني المستمر، والتهديد والإعتداء على الأطفال الآخرين أو البالغين بالضرب والشتائم، وتدمير الملكية، وأنواع السلوك الجنسي المرتبط بجرح مشاعر الآخرين أو الأخريات كلها جوانب لا يصلح التجاهل في علاجها بل تحتاج إلى تدخل مباشر. وفي هذه الحالة يمكن استخدام أساليب علاجية أُخرى مثل الإبعاد المؤقت، أو أسلوب آخر طور حديثاً يسمى أسلوب التعليم الملطف[1]، يصلح بشكل خاص لعلاج العدوان والتحكم فيه بدون نتائج سلبية إضافية (Ibrahim, & Ibrahim, 1989, Ibrahim, Ibrahim, & Glick, 1990).

وعلى وجه العموم، نجد أن استخدام أسلوب العقاب وما يرتبط به من مناهج وأساليب علاجية أُخرى بما فيها تكاليف الإستجابة، والإبعاد، والتجاهل قد تكون لها فائدتها إذا ما استخدمت بشكل هادىء وحازم وكانت لغرض إيقاف سلوك ضار. وبعبارة أُخرى، إذا كان تجنب القيام بسلوك خاطيء يتضمن علاجاً للمشكلة فإن العقاب السريع المتسق سيكون من شأنه إيقاف الطفل عن ذلك، ومن أمثلة هذا: أن يضع الطفل مسماراً في أُذنه أو يحاول أن يلعب مع الأطفال الصغار بوضع شيء حاد في عيونهم، أو يحاول أن يشعل البوتجاز، أو من عادته الإندفاع من خارج المنزل إلى الشارع حيث السيارات والأخطار غير المتوقعة.. الخ في مثل هذه المواقف تعرف أن علاج المشكلة يكمن أساساً في تجنب وتحاشي

(١) Gentle Teaching.



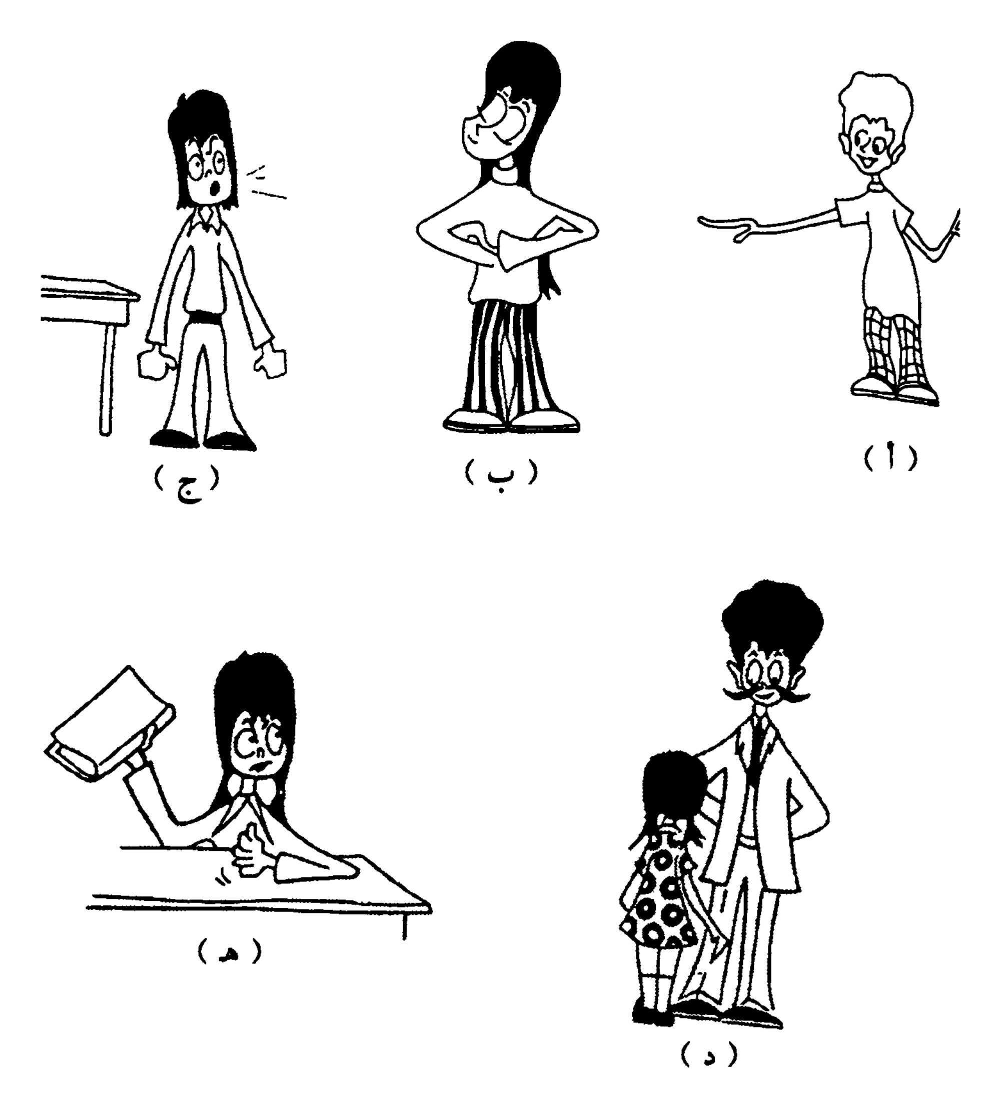


شكل رقم ١٠:

من أنواع العقاب والضرب والتهديد والزجر والصراخ في وجه الطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب. وبالرغم من أن العقاب يحل المشكلة مؤقتاً فإن له آثار جانبية سيئة لأنه لا يبين للطفل ما هو السلوك الصحيح ويولد لديه الكراهية للشخص الذي يعاقب مما يضعف من قدرته على التأثير على الطفل.

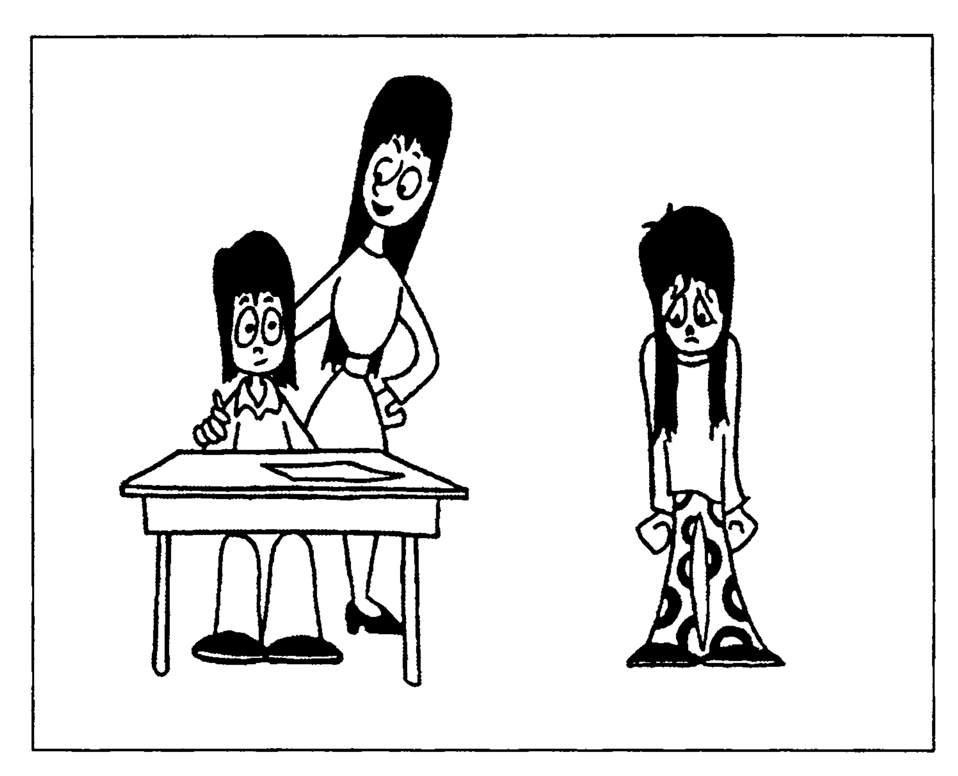
القيام بهذا السلوك الضار.. ولهذا يصلح مع هذه الأنواع من السلوك استخدام العقاب. وعلى العموم فإن للعقاب آثار جانبية ومن ثم يجب عدم استخدامه في الحالات التي يكون فيها الإضطراب متعدداً في جوانبه. بل إن استخدامه في بعض المشكلات ـ مثل ضرب الطفل نتيجة لاعتدائه على شخص آخر ـ قد يؤدي إلى نتيجة معاكسة. لأن العدوان بالضرب هنا يمنح الطفل نموذجاً عدوانياً يشجع على تدعيم العدوان وليس على توقفه (Bandura, 1979). والعقاب يؤدي إلى تولد الخوف والقلق (Ingersoll, 1988)، كما أنه يشعر الوالدين بالذنب، مما يجعلهما يتصرفان نحو الطفل بعد ذلك بطريقة غير متسقة (ابراهيم ١٩٨٧, Ingersoll, 1977). وهو يوقف السلوك الخاطىء ولكنه لا يبين ما هو السلوك السليم (Eimers & Aitchison, 1977). لهذا من الأفضل أن يكون العقاب مصحوباً بتعليمات لفظية واضحة لما يجب أن يتصرف عليه الطفل في المرات القادمة. فضلاً عن هذا فإنه يوقف السلوك الخاطىء مؤقتاً، إذ قد يظهر عندما يختفي الشخص القائم بالعقاب. والشخص الذي يسرف في العقاب قد يفقد جاذبيته وخاصيته التدعيمية للطفل ويرتبط لدى الطفل بمشاعر الكراهية والنفور والخوف. ومثل هذا الشخص لا تكون له القدرة التأثيرية على الطفل في المواقف الإيجابية (Bandura, 1979).

ويحذر المعالجون السلوكيون من تأجيل العقاب إذا كان من الضروري ممارسته. فالأُم التي ترى إبنها وهو يخرب أحد الأشياء في المنزل، وتنتظر حتى يعود الأب لكي يقوم بدور العقاب، فإنها بهذا الفعل لا تعاقب الفعل المخرب ولكنها عاقبت حضور الأب، مما يجعل الأب مرتبطاً بإيقاع العقاب والأذى ويقلل فرص التقبل الوجداني له من قِبل أطفاله. وإنها ملاحظة منا ـ تستحق البحث والتأمل ـ إن ما تلاحظه من رفض بين كثير من أطفالنا لآبائهم إنما يعود في حقيقة الأمر لارتباط الأب بعقاب الطفل وتهذيبه. وتدعم الأمهات هذه الصورة الكريهة للأب عندما تحاول ـ بشكل



شكل رقم ١١:

بالرغم من فاعلية التجاهل كأسلوب علاجي فإن من المناسب أن لا نتجاهل السلوك الإيجابي كما يجب أن لا نتجاهل السلوك المشحون انفعالياً كالإغاظة (أ) والتبجح (ب) والشتائم (ج) والمجادلة (د). في مثل هذه الأحوال، انتهز أي فرصة سانحة (أو إخلقها) كي تشجع الطفل على الكشف عن مشاعره الحقيقية (هـ) ومصادر إحباطه وتوتره. حاول أن تعمل على حل هذه الصراعات والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك المشحون انفعالياً بسلوك إيجابي آخر.



شكل رقم ١٢:

لا تتجاهل السلوك المؤذي للنفس أو الذي قد ينم عن اضطراب دائم في الشخصية أو الذي قد يتحول إلى اضطراب دائم وذلك كالبكاء والإنزواء الاجتماعي والعزلة الشديدة. قد تحتاج في النهاية إلى الاستعانة بالمتخصصين، لكن لا تدع الطفل وحده يعاني من مشاعره السلبية أو سلوكه الضار. تحادث معه وحاول أن تعرف مصادر تعاسته. إذا كان الأمر يتطلب إيقاف أذى عليه من الأسرة أو المدرسة أو أحد الزملاء فتعرف على هذه المصادر مبكراً وساعده على حلها. إذا لم توجد أسباب واضحة شجع الطفل على التعبير عن مشاعره. امنحه وقتاً كافياً لذلك. دعّم جوانب السلوك التي تتعارض مع الإكتئاب والأذى بما فيها خلق فرص إيجابية للتفاعل الاجتماعي وتبادل المودة ومساعدته على حل المشكلات الطارئة بتشجيعه على مواجهة مواقف التوتر أو الفشل.

مقصود أو غير مقصود ـ أن تدافع عن الطفل وتحميه من غضب الأب بعد أن تكون هي التي تسببت في ذلك، بتأجيلها لعملية تعديل السلوك لحين عودة الأب.

الخلاصة

التدعيم إيجابياً كان أو سلبياً يؤدي إلى زيادة واضحة في جوانب السلوك المرغوب فيها بما فيها الصحة والنظافة والتوافق والتعاون. . . الخ. والتدعيم أنواع تتفاوت من الحوافز المادية إلى تلك المدعمات التي تشتمل على جوانب اجتماعية أو نشاطات. ومن خلال التدعيم يمكن تدريب الطفل على كثير من العادات الإيجابية. ويقوم جزء كبير من جهود المعالج السلوكي على التخطيط الجيد للعمل على زيادة كثير من جوانب السلوك الإيجابي للطفل من خلال ما يسمى بالتدعيم الإيجابي، أي إظهار الانتباه والثناء على الطفل عندما يصدر منه سلوك إيجابي.

أما العقاب وما يشتق منه من أساليب أخرى كتكاليف الاستجابة والإبعاد المؤقت ـ ولو أنه لا يؤدي إلى زيادة في السلوك الإيجابي ـ فإنه يؤدي إلى إيقاف السلوك السلبي. ولكي يكون العقاب فعالاً، يجب أن يكون حازماً، ومتسقاً. وخالياً من الهياج الانفعالي والمجادلة.

ويلعب التجاهل دوراً متميزاً في علاج كثير من مشكلات الطفل، لكن يجب عدم تجاهل جوانب السلوك الخطرة والمؤذية للنفس أو للآخرين. في مثل هذه الأحوال يجب معرفة مصادر إحباط الطفل، والتقليل من مصادر التوتر أو تشجيع الطفل على تحملها حتى يستبدل السلوك السلبي بسلوك إيجابي آخر.

الفصل السابع

تدريب المهارات الإجتماعية للطفل بالقدوة وحرية التعبير

تؤكد نظرية التعلم الإجتماعي أن كثيراً من السلوك - مرضي كان أم عادي - يتكون بفعل الاقتداء بالآخرين عن طريق الملاحظة. وبالنسبة للأطفال، على وجه الخصوص فقد بينت المحاولات المبكرة لهذه النظرية (Bandura, 1977) أن كثيراً من جوانب الإضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق تكتسب من قبل الطفل بتأثير الآخرين عن طريق ملاحظته لهم. كما تشير بعض الدراسات إلى أنه من الممكن علاج الأطفال من المخاوف المرضية بنفس الطريقة، أي بملاحظة أشخاص آخرين يتفاعلون بطمأنينية ودون خوف مع الموضوعات المرتبطة بخوف هؤلاء الأطفال (Nietze & Susman, 1990). وتؤيد ملاحظات الأشخاص العاديين أننا نكتسب بالفعل رصيداً سلوكياً هائلاً من خلال ملاحظاتنا للآخرين ومحاكاتنا لما يفعلون.

إن كثيراً مما نكتسبه من الآخرين ليس إيجابياً. فالطفل الذي تحيط به أسرة خائفة جزعة سيكتسب بالفعل منها مخاوفها وموضوعات جزعها. والأب الذي يهرب من الضغوط بتناول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجاً سلوكياً هروبياً يشجع على عدم مواجهة المشكلات وحلها في وقتها المناسب.

وقد سبق أن وضحنا أن من الأسباب التي تجعل بعض فنيات العلاج بالعقاب أسلوباً ممقوتاً هي أنها ترسم أمام الطفل نموذجاً عدوانياً يشجع على استخدام العدوان ويؤدي إلى عكس ما يهدف إليه الوالدان تماماً.

وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأُسري (Madanes, 1988) أن هناك دائماً إرتباطاً قوياً بين مخاوف الطفل ومخاوف آبائهم. ولهذا فقد نجد أسرة كاملة تخاف من حيوانات معينة، أو تتحكم فيها إضطرابات محددة كالقلق الإجتماعي، أو تنتشر في أفرادها إضطرابات سيكوسوماتية خاصة بها كالصداع والأرق، وقرحة المعدة.. الخ. ونظراً لأن كثيراً من هذه الإضطرابات لاتخضع للوراثة بكاملها، فإنها في الغالب قد اكتسبت بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يخلقه كل منهم أمام الآخر ـ خاصة أمام الصغار ـ من نماذج سلوكية وتدعيمات لهذه الشكاوى.

وتساهم عمليات التعلم الإجتماعي في نمو بعض أنماط الإضطراب الشديدة بما فيها الإضطرابات العقلية لدى البالغين والأطفال على حد سواء. وفي الحالات الأُخرى الأقل خطورة من الأمراض العقلية تساهم عمليات التعلم الإجتماعي في ظهور الإضطرابات الإجتماعية بدرجات متفاوتة فتضعف قدرة الشخص على التفاعل الإجتماعي في المنزل أو المدرسة.

ومن أحد الأسس الرئيسية للإضطراب النفسي لدى الأطفال هو القصور في المهارات الإجتماعية بكل ما يرتبط به من جوانب ضعف في التفاعل الإجتماعي الإيجابي. وقد يجيء قصور المهارات الإجتماعية مستقلاً في شكل إضطرابات يلعب فيها هذا القصور الدور الأساسي كما هو الحال في حالات القلق الإجتماعي والخجل، والتعبير عن الإنفعالات الإيجابية (كالعجز عن إظهار الحب والمودة والإهتمام) أو السلبية (كالعجز عن التعبير عن الإحتجاج أو رد العدوان).

وقد يجيء القصور الاجتماعي مصاحباً لكثير من الإضطرابات الأُخرى. فقد تبين أن أنواعاً كثيرة من الإضطراب السلوكي بين الأطفال ـ بما فيها الإضطرابات العصابية والذهانية والسيكوفيزيولوجية ـ يصاحبها قصور واضح في المهارات الإجتماعية بما فيها العجز عن الإحتكاك البصري، أو تبادل الحوار، والجمود الحركي، وعدم الإستجابة للتفاعل الإجتماعي.

ويوجد من الطرق العلاجية المبنية على نظرية التعلم الإجتماعي ما يمكننا من تدريب الطفل على العديد من المهارات الإجتماعية، لعل من أهمها: التعلم من خلال ملاحظة النماذج (أو التعلم بالقدوة)[١]، تدريب القدرة على توكيد الذات[٢]، لعب الأدوار[٣]، وسنبين فيما يلي كيفية استخدام هذه الأساليب وحدود تطبيقاتها، وشروط الفاعلية فيها، وأهم النتائج العلاجية المرتبطة باستخدامها.

الإقتداء وملاحظة النماذج:

في إحدى التجارب المبكرة التي قام بها عالما النفس المعروفان «باندورا» و«روس» (Bandura & Ross, 1979) سُمِحَ لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير يمثل طفلاً يتصرف بعنف وغلظة مع دمية، فكان يركلها بقدميه، ثم يمزقها، وينثر حشوها الداخلي مبعثراً إياه هنا وهناك. وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الذين شاهدوا هذا الفيلم ـ بالمقارنة بالأطفال الذين لم يشاهدوه ـ كانوا يلجأون عند الإحباط لاستخدام نفس الأساليب العدوانية عندما كان يسمح لهم باللعب مع دُمى مشابهة. لقد تعلموا بيسر أن يعبروا عن إحباطهم بالعدوان (الركل ـ الضرب

---

(١) Modeling

(٢) Assertive training

(٣) Role playing

ـ التمزيق ـ النثر) من خلال أو بسبب ما شاهدوه من نماذج عدوانية.

لقد أثبتت هذه التجارب أن بالإمكان اكتساب كثير من جوانب السلوك المرضي من خلال مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج. فمن المعلوم مثلاً أن بعض انحرافات السلوك الجنسي ـ الإستجناسي(١) يمكن أن تتطور بين الأطفال الذكور الذين انفصل آباؤهم عنهم بسبب الموت أو الطلاق (Argyle, 1973). ويبدو أن افتقاد هؤلاء الأطفال للآباء ـ أو لبدائلهم ـ يحرمهم من وجود النموذج الذكرى الذي يساعدهم على تمثل متطلبات الدور الإجتماعي الذكرى واكتساب المهارات الملائمة لأدائه. وفي دراسة أُخرى (Bandura, 1979) تبين أن الميول الإستجناسية تتزايد بين الأطفال في الأُسر التي يفشل الأب فيها في إعطاء النموذج الذكرى إما بسبب انحرافه هو الشخصي، أو بسبب الدور الضعيف أو الهامشي الذي يلعبه في الأُسرة، أو بسبب عدم تدعيم الأُسرة للسلوك الجنسي الملائم مما يؤدي إلى قمع التعبير عن الجنسية الغيرية(٢)(٣).

إن هذه التجارب في مجملها تشير إلى أن بالإمكان اكتساب السلوك المرضي من خلال التعلم الإجتماعي بملاحظة النماذج والإقتداء بها. لكن الجانب المشرق والإيجابي لمعطيات هذه التجارب هو إمكانية استخدام الأدوات التقنية التي انبثقت عنها في تحليل وعلاج السلوك المرضي، واكتساب جوانب إيجابية معارضة لهذا السلوك (كنمو الغيرية، والتعاون،

---

(١) Homosexuality

(٢) Heterosexuality

(٣) ولكن توجد تفسيرات أخرى لهذه الظاهرة. فهناك من يرجع إنتشار الإستجناس إلى تدعيم الأسرة للعلاقات مع الزملاء من نفس الجنس، وعدم تدعيم مثيلاتها مع الجنس الآخر. كما تبين دراسة أخرى أن تطور الميول الإستجناسية يرتبط بوجود تجارب سيئة مع الجنس الآخر، أو نتيجة لفشل مباشر أو إحباط في العلاقات مع أفراد من الجنس الآخر (Whitaker & Wickelly, 1964).

والمهارات الإجتماعية).

وهناك عشرات الأمثلة وعشرات الحالات المنشورة التي تبين أن استخدام التعلم بالقدوة يؤدي إلى اكتساب كثير من المهارات الإجتماعية. فباستخدامه الاستخدام الفعال يمكن إحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال المصابين بعيوب الكلام (Madle & Neisworth, 1990) وتطوير الحكم الخُلُقي المقبول اجتماعياً (Ingersoll, 1988) حتى بين الأطفال المتخلفين والمضطربين عقلياً (Madle & Neisworth, 1990).

ولهذا الأسلوب دور متميز كذلك في علاج الأطفال المصابين بالإضطرابات العقلية كالفصام والأمراض الذهانية الإجترارية[1]. ومن الدراسات المشهورة في هذا المجال ما قام به «لوفاس» (Lovaas, 1967) من محاولات علاجية استخدم خلالها عرض النماذج لتعليم اللغة وبعض المهارات الإجتماعية الضرورية للتفاعل الإجتماعي، كالتدريب على الإحتكاك البصري، وتبادل التحية بين الأطفال الفصاميين.

كما تعاون لوفاس مع مجموعة من زملائه (Lovaas, Freitag, Nelson & Waldar, 1987) في استخدام أسلوب عرض النماذج واستخدام القدوة لتعليم مهارات الرعاية الذاتية (غسيل الوجه وترتيب الحجرات والملابس والإستحمام) وأنماط اللعب، والتصرف الملائم للدور الإجتماعي بين الأطفال الفصاميين والمعوقين. وتمكن «أوكانر» كذلك، (O'Conner 1969) من معالجة حالات الإنسحاب الإجتماعي والخجل والقلق الإجتماعي بالطريقة الآتية:

١ - سمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة فيلم قصير معد خصيصاً لغرض هذه الدراسة ويعرض طفلاً غريباً وجديداً يرى مجموعة من الأطفال

---

(١) Autistic Disorders

تلعب وتتناقش فيما بينها، ويقترب الطفل من هذه المجموعة الغريبة عنه تدريجياً ويدخل مع أفرادها في حوار متزايد إلى أن يصبح جزءاً منها.

٢ ـ بينما يسمح لمجموعة أُخرى من الأطفال بمشاهدة فيلم آخر ليست له علاقة بتدريب المهارات الإجتماعية[١].

وقد تبين عند المقارنة بين المجموعتين أن قدرة الأطفال في المجموعة الأُولى قد زادت عن مجموعة الأطفال الضابطة فيما يتعلق بكثير من المهارات الإجتماعية بما فيها القدرة على التفاعل الإجتماعي واختلاق موضوعات جديدة للحديث. ومن الغريب أن هذا التقدم كان ملحوظاً لدرجة أنه لم يعد هناك فرق كبير بين هؤلاء الأطفال الذين شاهدوا هذا النموذج ومجموعة ثالثة من الأطفال لم تكن بينهم مشكلات سابقة متعلقة بالقلق والإنسحاب وضعف المهارات الإجتماعية.

ومن التطورات المفيدة لتطبيقات هذا الأسلوب هو استخدامه في مجالات علاج الإضطرابات الطبية وإسعاف الشخص لنفسه في الحالات الطارئة. فقد أمكن الآن إعداد أفلام فيديو ملونة لتطوير مهارات الطفل في إسعاف نفسه خصوصاً في الحالات التي يحتاج الطفل خلالها إلى استخدام أنواع من الحُقن. وبهذه الطريقة أمكن تدريب مجموعة من الأطفال المصابين بالسكر في المعسكرات الصيفية على استخدام الحقن ـ الذاتي من خلال عرض فيلم لطفل في السادسة من عمره يتولى حقن نفسه بالأنسولين بطريقة تدريجية مع تعليمات لفظية شارحة لطريقة تطبيق الحقن. وقد تمكنت مجموعات كبيرة من الأطفال ذوي الأعمار الصغيرة نتيجة لمثل هذه التدريبات على تحقيق كثير من الإنجازات الصحية بما فيها القيام

---

(١) تسمي هذه المجموعة في المصطلحات العلمية المجموعة الضابطة control group والهدف من وجود هذه المجموعة في التجربة هو التأكد من عدم وجوب سبب آخر للتغير الذي قد يظهر لدى المجموعة التجريبية (المجموعة الأولى في هذه التجربة) غير السبب الذي يفترضه المجرب.



شكل رقم ١٣:

تستمد برامج التلفزيون قوتها من خلال ما تعرضه من نماذج سلوكية وقيّم واتجاهات. ومن الممكن استخدام التلفزيون بطريقة إيجابية من خلال البرامج التي تهدف إلى تدريب الطفل على اكتساب كثير من الجوانب السلوكية المرغوبة. والتعلم الذي يتم بهذه الطريقة يعتمد على مبادىء القدوة وملاحظة النماذج الإيجابية من السلوك.



شكل رقم ١٤:

بالرغم من نقص الدراسات التي تبحث في دور الأب وتأثيره الوجداني على الطفل فإن هناك ما يثبت أن كثيراً من الانحرافات السلوكية قد تنتشر لدى الأطفال الذين افتقدوا وجود الأب أو يعيشون مع أب لا يسمح للطفل بالتوحد به. ومن ثم ينصح العلماء أن يشارك الأب في تربية الطفل وملاعبته وأن يخصص وقتاً طويلاً له للمساهمة في عملية تنشئته. ومن شأن ذلك أن يساعد الطفل على تقبل الأب، ومن خلال ذلك يتمثل متطلبات الدور الاجتماعي الذكري، واكتساب كثير من المهارات المرتبطة بدور الرجل في المجتمع كتحمل المسؤولية والإيجابية والمبادرة إلخ. . .

بالرحلات والمعسكرات الصيفية التي كان يتعذر عليهم القيام بها من قبل وذلك بسبب ما تمنحه إياهم هذه التدريبات العلاجية من حرية في الحركة في معالجة التغيرات الطارئة (Peterson & Harbeck, 1990).

وتتوقف فاعلية القدوة كأسلوب علاجي على شروط لعل من أهمها: وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة توضح خطوات أداء السلوك. ذلك لأن الطفل لكي يتقن أداء سلوك معين يجب أن يلاحظ أمامه تأدية هذا السلوك من قبل النموذج، سواء كان هذا النموذج يقوم بهذا السلوك في مواقف فعلية (كما في حالة تعليم طفل صغير كيف يتوضأ مثلاً بأداء ذلك أمامه أو حثه على هذا الأداء) أو كان معروضاً أمامه في مواقف أو مشاهد رمزية كما رأينا في الأمثلة السابقة.

كما يجب أن يكون النموذج مقبولاً من الطفل، فالأطفال لا يستجيبون بدرجة متساوية لما يشاهدونه، وتتوقف معايير قبولهم لهذا النموذج أو ذاك على كثير من المحكات منها: التشابه في العمر، أو جاذبية النموذج، أو توافق القيم، أو التماثل في بعض الخصائص الشخصية بين الطفل والنموذج. والأطفال في الغالب يتأثرون بالنماذج الناجحة أكثر من الفاشلة، فنادراً أن يقبل طفل مرتفع الذكاء مثلاً بمحاكاة نموذج لطفل متخلف إلاّ من باب الفكاهة والسخرية الفجة.

ويتوحد الطفل بالنموذج الذي يثاب إثابة إيجابية على أفعاله ولكنه لا يتقبل الذي يلقي العقاب أو الاستهجان، وهناك دراسة (Bandura, 1969) تبين أن محاكاة العدوان في تجارب مماثلة لتجارب باندورا وزملائه تختفي عندما كان هناك من يأتي ليعاقب الطفل المعتدي على تصرفاته العدوانية مع الدُمى.

وتزداد فاعلية التعلم بالنموذج عندما يكون عرض النموذج السلوكي مصحوباً بتعليمات لفظية تشرح ما يتم أو تصف المشاعر المصاحبة.



شكل رقم ١٥:



يتطلب العلاج الناجح للطفل توجيهه لتعديل أخطائه وانحرافاته السلوكية بشتى الوسائل الممكنة. ويولي المعالجون السلوكيون المعاصرون اهتماماً خاصاً لتدريب الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على تبادل الأحاديث والتفاعل مع الأطفال الآخرين والدخول في عمليات البيع والشراء، فضلاً عن تدريبه على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية الضرورية لتكوين صلات اجتماعية طويلة المدى بما فيها تدريب الطفل على الاحتكاك البصري وتبادل التحية والمناقشات والأحاديث.

ونظراً لما يلعبه التعلم بالقدوة من أدوار هامة في تعليم الطفل لكثير من المهارات الإجتماعية في الفترات المبكرة من الطفولة، فإن علماء الصحة النفسية والعلاج السلوكي ينصحون الوالدين بالإنتباه لدورهم في هذه الناحية. فالوالدان - أرادا أم لم يريدا - يرسمان بتصرفاتهما أمام الطفل نماذج من المهارات والسلوك التي يتعلم منها الطفل. وتمتد هذه المهارات لتشمل كثير من الجوانب السلوكية بما فيها اللغة ورعاية النفس ومواجهة الأزمات الإنفعالية والإستجابة للمواقف الإجتماعية.

على أن الإقتداء بالوالدين أو بأحدهما لا يتم على نحو آلي. فقد تبين أن الطفل يقتدي بأحد الوالدين إذا تحققت فيه أو فيهما بعض الشروط التي منها: (١) أن يقضي مع الطفل وقتاً طويلاً خلال عملية التنشئة المبكرة. (٢) أن يكون على قدر مرتفع من الجاذبية للطفل. (٣) وأن يكون مقبولاً وفق المعايير الإجتماعية والمحلية.

ومن المعلوم أن تزايد المشكلات السلوكية والإضطرابات بين الأطفال في الأُسر المهاجرة - على سبيل المثال - قد تكون بسبب عدم تقبل الطفل لمعايير أُسرته الخاصة بسبب تعارضها أو اختلافها مع معايير المجتمع الجديد الذي وفدت إليه الأُسرة.

تدريب القدرة على توكيد الذات[١] - والتعبير الطليق عن المشاعر[٢]

يُستخدم هذا الأسلوب - عادة - لعلاج حالات القلق الناتجة عند بعض الأطفال بسبب الخضوع والسلبية، أو العجز عن التعبير بحرية عن المشاعر في المواقف الإجتماعية التي تتطلب الفاعلية فيها ذلك. ولهذا

(١) Assertiveness Trainig

(٢) Emotional freedom

يستخدم هذا الأسلوب لتحقيق ثلاثة أهداف هي:

أ ـ تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرات الصوت، واستخدام الإشارات والإحتكاك البصري الملائم.

ب ـ تدريب القدرة على التعبير الملائم عما يشعر به الطفل فيما عدا التعبير عن القلق (Wolpe; 1959). أي التعبير الحر عن المشاعر والأفكار بحسب متطلبات الموقف بما في ذلك تدريب القدرة على الإستجابة بالغضب، أو بالإعجاب والود، أو بالتراضي، أو غير ذلك من مشاعر تتطلبها المواقف.

ج ـ تدريب الطفل للدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدواني أو مندفع، وتأخذ خطط تدريب هذه القدرة مسارات متعددة منها.

١ ـ التدريب بدقة على التمييز بين العدوان (أو التحدي) وتأكيد الذات.

٢ ـ تدريب الطفل على التمييز بين الإنصياع (أو الخضوع) وتأكيد الذات.

٣ ـ استعراض نماذج لمواقف مختلفة تظهر كفاءة استخدامات هذه القدرة وكيفية إكتسابها وطرق التعبير عنها.

٤ ـ تدريب الطفل على تشكيل سلوكه تدريجياً حتى يصل إلى المستويات المرغوبة من التعبير عن هذه القدرة.

٥ ـ التدعيم الإيجابي لمظاهر السلوك الدالة على تأكيد الذات عند الطفل ولفت نظره إليها على أنها شيء جيد ومرغوب.

٦ ـ علاج المخاوف الإجتماعية والاستجابات العدوانية والعدائية بسبب تداخلها في إعاقة ظهور السلوك التأكيدي.

٧ ـ تشجيع الطفل على تعميم التغيرات الإيجابية التي اكتسبها تحت إشراف المعالجين أو البالغين إلى المواقف الخارجية الحية[١] (Herbert, 1987) وعادة ما يسبق هذا التعميم تدريب الطفل على

لعب الأدوار الملائمة. فمن خلال ممارسة لعب الأدوار يمكن للمعالجة أن يستحضر المواقف قبل حدوثها، ومن ثم يمكن له أن يصحح سلوك الطفل ويدر به على المهارات الإجتماعية الملائمة لههذه المواقف.. بحيث تزداد ثقة الطفل بقدرته على التعامل فيما بعد بهذه المواقف عندما تحدث.

ولتدريب هذه القدرة عادة ما يوجه المعالجون السلوكيون إنتباههم إلى الجوانب اللفظية والجوانب غير اللفظية.

فمن حيث السلوك اللفظي يتم الانتباه إلى جوانب التعبير اللفظي المختلفة التي من شأنها أن تدل على تزايد هذه القدرة فمثلاً:

١ ـ أن تكون العبارة مباشرة وفي الموضوع.

٢ ـ أن تكون حازمة ولكن غير عدائية أو متغطرسة.

٣ ـ أن تكشف العبارات المستخدمة عن احترام وتقدير للشخص الآخر الداخل في عملية التفاعل، ومعرفة بحقوقه.

٤ ـ أن تعكس اللغة المستخدمة هدف المتحدث تماماً ودون لف.

٥ ـ أن لا تترك مجالاً لتصعيد الخلاف.

٦ ـ إذا تضمنت العبارة بعض التوضيح، فيجب أن يكون التوضيح قصيراً بدلاً من أن يكون سلسلة من الإعتذارات والتبريرات.

٧ ـ أن يبتعد محتوى الكلام عن لوم الشخص الآخر أو توجيه الإتهام له.

أما من حيث جوانب السلوك غير اللفظي، فمن المهم تدريب الطفل على ما يأتي:

١ ـ الاحتكاك البصري الملائم.

٢ ـ المحافظة على مستوى صوت معتدل لا خافت ولا زاعق.

٣ ـ التدريب على نطق العبارات دون لجلجة ودون كثير من

---

(١) In Vivo

التوقفات.

٤ ـ المحافظة على وضع بدني يتسم بالثقة، ويبتعد عن العصبية، والحركات اللاإرادية، أو الإبتسامات غير الملائمة.. الخ. (Herpert, 1987; Lang & Jackson, 1976).

لعب الأدوار[(١)] و«البروفات»[(٢)] السلوكية:

يمثل لعب الأدوار منهجاً آخر من مناهج التعلم الإجتماعي، يدرب بمقتضاه الطفل على تمثيل جوانب من المهارات الإجتماعية حتى يتقنها. ولإجراء هذا الأسلوب يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو من الخجل مثلاً أن يؤدي دوراً مخالفاً لشخصيته أو أن يقوم مثلاً بأداء دور طفل عدواني أو جريء. وأحياناً يتم تطبيق هذا الأسلوب بتشجيع الطفل على تبادل الأدوار، وهي طريقة يستخدمها أحد مؤلفي هذا الكتاب (ع. ابراهيم) في تدريب المهارات الإجتماعية. وبمقتضى هذا الأسلوب نطلب من الطفل أن يؤدي الدور ونقيضه أي أن ينتقل من القيام بدور الخجل، إلى دور الجرأة، أو من دور الغضب إلى الإعجاب والشكر والمدح لسلوك طفل آخر.

وتدل تقارير البحوث المجتمعة على فاعلية هذا الدور بأنه بالفعل يمثل طريقة ناجحة وفعالة في التدريب على أداء كثير من المهارات الإجتماعية، وأنه يزيد من قدرة الأطفال على التفاعل الإجتماعي، وأنه يمثل طريقة جيدة لتحرير الطفل من القلق الذي يتعرض له في المواقف الحية.

ويوضح «أرجايل» (Argyle, 1984) أن هناك أربع مراحل على المعالج أن يتقنها لكي يستفيد بهذا الأسلوب إستفادة فعالة:

١ ـ عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدريب عليه واكتسابه من قبل

---

(١) Role Playing.

(٢) Rehearsal.

المعالج أو من خلال نماذج تليفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية.

٢ ـ تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو مساعده، أو مع طفل آخر، أو مع دمى أو عرائس.

٣ ـ لتصحيح الأداء، وتوجيه إنتباه الطفل لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه.

٤ ـ إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج إتقان الطفل له.

٥ ـ الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعلم الخبرة الجديدة.

وعلى وجه العموم، فإن ممارسة السلوك قبل الدخول في العلاقات الإجتماعية من خلال لعب الأدوار الملائمة، والإكثار من هذه الممارسة، والتنويع فيها بحيث تشتمل على مواقف متنوعة ستمد الطفل برصيد هائل من المعلومات النفسية الملائمة عندما يواجه المواقف التي تتطلب منه ثقة بالنفس. ومثل هذا الطفل سيجد نفسه أكثر قدرة على الإنطلاق بإمكانياته إلى آفاق انفعالية واجتماعية أكثر خصوبة وإمتداداً مما كانت عليه من قبل. والنتائج في عمومها تبين ـ فضلاً عن هذا أن الأطفال الذين يتعالجون باستخدام هذه الأساليب عادة ما يتفوقون بعد علاجهم حتى عن الأطفال العاديين ممن لم يتلقوا مثل هذه التدريبات.

الخلاصة

يدرك العلماء اليوم أن كثيراً من جوانب الإضطراب النفسي بما فيها العدوان والقلق يكتسبها الطفل بتأثير من الآخرين وملاحظته لهم، وتفاعله معهم. وبالمنطق نفسه أصبح الآن من الممكن تحقيق تغيرات علاجية هائلة في سلوك الأطفال من خلال اكتسابهم بعض المهارات الاجتماعية في التفاعل مع الآخرين ومن خلال القدوة والمحاكاة للسلوك الاجتماعي الفعال. وقد ركزنا في هذا الفصل على شرح طرق التعديل السلوكي المستخدمة في تدريب الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية... كالتعلم بالقدوة، وتدريب القدرة على تأكيد الذات، ولعب الأدوار.

وقد تبين على وجه العموم أن ملاحظة السلوك الإيجابي في الآخرين، أو التدرب على ممارسة هذا السلوك مثل الدخول في العلاقات الاجتماعية تمد الطفل برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعده على اكتساب المهارة والنجاح والتوافق. وقد ركزنا على شرح تفاصيل هذه الأساليب وكيفية إجرائها.

الفصل الثامن

تعديل أخطاء التفكير

لا يمكن عملياً عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها. فالاضطرابات النفسية على وجه العموم بما فيها اضطرابات الطفل تعتبر من وجهة نظر المعالج السلوكي ـ المعرفي ذات علاقة وثيقة بالطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم (Beck, et al., 1978; Ellis, 1977; Freeman & Davis, 1991; Herbert, 1987; Meichenbaum, 1977). فما يردده الطفل من أقوال لنفسه وما يتردد في ذهنه من أفكار عندما يواجه المواقف هو مصدر رئيسي من مصادر الإضطراب. ومن هذا المنطلق يركز المعالج السلوكي ـ المعرفية على علاج أساليب إدراك الطفل وإتجاهه نحو المواقف (Meichenbaum, 1977).

المصادر المعرفية المرتبطة بالإضطراب النفسي عند الطفل:

يمكن تحديد أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي يرتبط ظهورها باضطرابات الطفولة وهي:

١ ـ نقص المعلومات وقصور الخبرة، والسذاجة في حل المشكلات.

٢ ـ أساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف.

٣ ـ ما يحمله الطفل من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها.
٤ ـ التوقعات السلبية.

١ ـ نقص المعلومات والخبرة:

إن جزءاً كبيراً من الأخطاء التي يرتكبها الطفل قد تكون نتيجة مباشرة لجهلهم بالطرق الصحيحة في التصرف أو التفكير. ومن ثم يجب علينا أن لا ننسى عند تعاملنا مع الطفل أن ما يصدر منه من مشكلات هي في واقع الأمر نتيجة لقصور في التعلم والممارسة والتفاعل في جوانب مختلفة من الحياة.

ولهذا يتطلب العلاج المعرفي للطفل في بعض مراحله التركيز على التربية المباشرة بإعطاء الطفل معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية السلوك السليم وما تتطلبه التفاعلات الناضجة من شروط. ويفضل «اليس» (Ellis, 1966) أن نعلم أطفالنا، من خلال التربية المباشرة والمفصلة، كيفية مواجهة المخاوف وكيفية التغلب على الأخطاء بدلاً من الحكم على مخاوف الطفل بأنها غير حقيقية أو حمقاء.

ومن هذا المنطلق تمكن «أزرين» و«نان» (Azrin & Nunn, 1977) أن يعالجا صعوبات الكلام والتعثر في نطق بعض الحروف من خلال تدريب الأطفال مباشرة على نطق الكلمات التي تحتوي على الحروف التي يتعثر الطفل في نطقها مع التدريب خلال عملية النطق على التنفس المنتظم والقراءة بصوت عالي.

واعتماداً على هذا التصور يمكن أيضاً النظر إلى مشكلات الطفل الانفعالية كالقلق والاكتئاب على أنها نتيجة مباشرة للعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والإجتماعية (D'Zurilla & Goldfried, 1971). ونجد لهذا اهتماماً واضحاً بين علماء العلاج

السلوكي ـ المعرفي لابتكار مناهج علاجية تقوم على تدريب الطفل وتعليمه مباشرة الأساليب الفعالة في حل المشكلات[1] كما سنرى فيما بعد.

٢ ـ المعتقدات وأخطاء التفكير:

ثمة عدد آخر من الإضطرابات تتطور لدى الطفل بسبب ما يحمله من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين وعن المواقف التي يتفاعل معها. فالعدوان أو الإندفاع في التصرف عند الطفل، مثلاً، قد لا يكون بالضرورة نتيجة مباشرة لاضطراب عضوي، ولكن قد يكون أحياناً انعكاساً لتفسير الطفل للمواقف الخارجية على أنها مهددة ومحبطة متأثراً بإدراكه لها (Kazdin, 1990).

ويصوغ بيك (Beck, 1967) نظرية متكاملة يفسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية ـ وعلى وجه الخصوص الاكتئاب ـ في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها المريض عن النفس والعالم والمستقبل. ومن رأيه أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال تأثرها بهذا الأسلوب. فتبنّي مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي، ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو السلوكية اليائسة والتي نسميها اكتئاباً. وبعبارة أخرى فإن المواقف المحايدة أو الغامضة تكتسب دلالتها ومعناها من خلال ما نعتقده عنها وعن قدراتنا على مواجهتها (Beck, 1967. Beck, et. al., 1979; Kaslow & Arcusin, 1990).

٣ ـ التوقعات السلبية[2]:

تلازم حالات الإضطراب ـ كالاكتئاب ـ توقعات أو أحداث سلبية أو

---

(١) Problem Solving Skills.

(٢) Negative expectations.

مهينة للمرضى، مما يجعلهم يعتقدون أنه لن يكون بمقدورهم تجنب حدوث هذه الأحداث. فعندما يتوقع الطفل أن شيئاً ما سيحدث ولن يكون بإمكانه تغييره أو تغيير نتائجه، يبرز الإكتئاب كمجموعة من الإستجابات المصاحبة لهذه التوقعات. ويفسر هذا التصور إنخفاض مستوى الدافعية والعمل النشط الإيجابي على حل المشكلة كخاصية رئيسية من خصائص الإكتئاب.

وتبين بحوث «سيلجمان» (Seligman, 1977) أن الإكتئاب لدى الطفل يعبر عن نفس هذه المعاني. فالأطفال المكتئبون يكشفون عن قصور شديد في حل المشكلات العقلية والإجتماعية بالرغم من أن ذكائهم قد يكون مرتفعاً أكثر من غيرهم.. وقد إقترح «سيلجمان» مفهوم العجز المكتسب[١] كخاصية رئيسية من الخصائص للإكتئاب عند الإنسان العادي البالغ والطفل وحتى الحيوان. وفي أحد تجاربه وضع كلاباً في صندوق مكهرب لا يمكنهم الهرب منه، فكانت الكلاب في البداية تظهر علامات الانزعاج بما فيها العواء والنشاط الشديد للهروب من الصندوق (وكأنها قد أصيبت بحالة قلق وجزع[٢] وخوف مرضي). لكن عندما استمرت الصدمات الكهربائية، استسلمت الكلاب للأمر في قاع الصندوق في حالة يائسة. ومن الطريف أن الكلاب لم تبد أي محاولة للهرب من هذا الموقف إلى صندوق مجاور حتى عندما أتيحت لها الفرصة. كما أنها عزفت عن تناول الطعام وأصابها الهزال وكأنها قد أصيبت بحالة اكتئاب شديد. لقد أثبت المجرب هنا أن الإكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للعجز عن إيقاف الألم أو ضبطه مؤدياً بذلك إلى تقاعسه وعجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد أن تتوفر له الفرصة لتحقيق ذلك.

---

(١) Learned Helplessness.

(٢) Panic.

ولعلاج الإكتئاب المكتسب بهذه الطريقة يقترح «سيلجمان» مفهوم الأمل المكتسب[1] الذي يمكن اكتسابه وفق خطة مماثلة. ففي تجارب سيلجمان التي أشرنا إليها بدأت الكلاب تنشط في الهروب من البيئة المؤلمة عندما قام المجرب عمداً بنقلها من الصناديق المكهربة إلى الصناديق الأخرى المجاورة عدداً من المرات. وبعبارة أخرى فقد تكوّن لديها الأمل من جديد (من خلال محاولة الهروب وتجنب مصادر الألم في البيئة) عندما تعمد المجرب بنفسه تشجيعها على ذلك.

وتمشياً مع هذه النتيجة يمكن القول أن إصابة الطفل بالإكتئاب هي تعبير مباشر عن سلسلة من الأخطاء الإجتماعية في حقه التي لم يستطع منها فكاكاً فيصاب بهذا العجز المكتسب يصاحبه التشاؤم ويلازمه فقدان الثقة بالنفس والعجز عن تطوير نفسه بالإمكانيات المتوفرة لديه فعلاً.

وسيكون من الصعب علاج مثل هؤلاء الأطفال من إضطراباتهم دون أن تتولى البيئة عامدة متعمدة إستبدال عجزهم المكتسب بالأمل من خلال وضعهم في تجارب ناجحة وفي مواقف مضمونة الفوز، إلى أن تتشكل لديهم توقعات إيجابية وأمل جديد.

٤ ـ الأسلوب المعرفي:

من المعروف أن بعض أنواع الإضطراب النفسي لدى بعض البالغين والأطفال على السواء عادة ما تكون مصحوبة بخصائص فكرية في الشخص كالمبالغة والتهويل، وتوقع الشر. فالإضطراب ينجم عن طرق خاطئة في التفكير.

ومن الممكن حصر الأساليب المعرفية الخاطئة والتي من شأنها أن تؤدي إلى الإضطراب وتدعمه في عدد من النقاط التي أمكن لنا حصرها

---

(١) Learned Hope

بالإعتماد على ما أمدتنا به المصادر الرئيسية المنشورة في العلاج السلوكي المعرفي فيما يأتي: (e.g., Bandura, 1969; Beck, 1979; Ellis, 1968, 1977; Freeman & Davis, 1991; Freeman & Zaken-Greenburg, 1988; Meichenbaum, 1977).

١ ـ التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة أو حمقاء.

٢ ـ التوقعات الكوارثية: مثال الطفل الذي يتجنب الدخول في مواقف خوفاً من أن يرتكب خطأ قد يراه على أنه كارثة له أو لأسرته أو لسمعته.

٣ ـ **الكل أو لا شيء**: يتصرف الطفل بالاضطراب إذا كانت تصوراته للأمور قائمة إما على النجاح الكامل أو الفشل الذريع. التطرف هنا تصحبه عادة مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرض الطفل لأي إحباط أو توتر مهما كان تافهاً.

٤ ـ **قراءة أفكار الآخرين سلبياً**: فالطفل الذي يردد بينه وبين نفسه عندما يوشك على الدخول في تفاعلات إجتماعية عبارات مثل: «سيجعلونني موضوعاً لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك «أو» إنهم يظنون بأني أقل منهم» أو «أعتقد أنهم يضحكون علي الآن» مثل هذا الطفل سيكون من السهل عليه أن ينزلق في كثير من أنواع الإضطراب والإنحراف بما فيها تعاطي مواد ضارة، أو العدوان، أو القلق الإجتماعي والإنسحاب.

٥ ـ **المقارنة**: ستتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية، وتتعطل قدرة الطفل على النشاط والدافعية، (مما يجعله عرضة للإضطراب الإنفعالي كالاكتئاب أو القلق) إذا كان من النوع الذي يسرف في إستخدام عبارات مثل: «إنهم أكثر قدرة مني»، «إن هناك شيئاً ما خاطيء فيَّ بالمقارنة بهم»، «إنني لست كذا مثله».

٦ ـ **تجريد إيجابيات الشخصية من مزاياها**: «إنني لا أستحق هذا الإطراء»، «إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية»، «هذا الإهتمام نوع من العطف فلا يوجد فيّ أو في شخصيتي شيء يستحق ذلك».

٧ ـ **التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية**: فالطفل الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيراً إنفعالياً، سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الإجتماعي الفعال، وسيجد نفسه غالباً عرضة لكثير من المخاوف الإجتماعية والوساوس والإضطرابات العضوية. ومن ثم فإن مهمة المعالج السلوكي المعرفي في هذه الحالات تجنيب الطفل أفكاراً مثل: «التراجع عن الرأي معناه ضعف»، «القبول بالنصيحة إمتهان للكرامة».

٨ ـ **تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل**: توضح لنا ملاحظات المعالجين السلوكيين أن الإضطرابات النفسية ـ بين البالغين والأطفال ـ تتميز في بعض الحالات بتفكير ينسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه. مثلاً «فشل هذه المجموعة في المسابقة كان بسببي ولسبب كسلي».

٩ ـ **الإتجاهات الكمالية ـ المطلقة**: فالطفل الذي يجد نفسه ـ ربما نتيجة لتربية خاطئة ـ يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة، يصبح كشخص يسبح في محيط ليست له معالم محددة، أو كجواد يعدو في خطوط لا نهاية لها. ولذلك يحذر المعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين المضطربين: «يجب أن لا يكون بي أو بعملي أي ثغرة أو خطأ»، «يجب أن لا أترك بالمرة أي شيء للصدفة»، «إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة على فشل كل ما فعلت. «والتفكير الكمالي يختلف عن التفكير الإكمالي، فلا بأس بالطبع أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة. وفي أوقات ملائمة، إلا أن المشكلة التي تثير قلق الأخصائيين النفسيين تكمن في أن يتحول هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للإضطراب والجزع بسبب جوانب نقص غير معلومة، ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي.

١٠ ـ **إطلاقاً وحتماً**: تنتشر في عبارات الأطفال في حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل على استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير. خذ على سبيل المثال هذه العبارات: «لن أزوره ولن أتصل به إلا إذا بدأ هو ذلك، «يجب أن أكون محبوباً من

الجميع»، «مستحيل علي أن أحتمل نقده»، «لن أسمح لنفسي إطلاقاً أن أوجد حيث يوجد». إن ترديد مثل هذه العبارات وإيمان الطفل بمحتواها سيكف كثيراً من جوانب الفاعلية في سلوكه الإجتماعي والشخصي، وسيجعله عرضة لانفعالات الغضب وما يرتبط بها من إضطرابات العدوان، أو الإنسحاب والتجنب وما يرتبط بهما من إضطرابات القلق الإجتماعي والإكتئاب.

١١ ـ **ربط الاحترام الشخصي وتقدير الطفل لنفسه بعوامل خارجية:** ويتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل خارجية لكي يشعر الطفل بقيمته مثلاً: «إذا لم يتصل بي أحد ـ أو لا يدعوني زملائي لهذا الحفل فأنا شخص باهت».

إن ما شرحناه هنا يمثل أهم الأساليب المعرفية التي يمكن للمعالج أن يتابعها ويحددها عند التعامل مع إضطرابات الطفل. وإحساساً بأهمية هذه العوامل المعرفية مجتمعة في نمو إضطرابات الطفولة وفهمها، فقد أمكن للعلماء أن يطوعوا بعض الأساليب الفنية بهدف التعديل من العوامل المعرفية السائدة في الاضطراب النفسي. ونوضح فيما يلي بعض هذه الأساليب مع أمثلة لتطبيقاتها وإستخداماتها العلاجية.

الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير

١ ـ التوجيه المباشر والتربية وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد والخوف:

يلعب المعالج هنا دوراً شبيهاً بالمدرس الماهر الذي يلقن تلميذه أساليب جيدة للحفظ والتذكير وحل المسائل العلمية، لكن بفرق واحد وهو أن ما يعلمه المعالج النفسي للمضطرب يرتبط بقدراته على حل المشكلات النفسية ومواجهة المواقف الصعبة. ويمتد هذا الأسلوب ليشمل العناصر الآتية:

أ ـ إعطاء معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد من أجل أن يكتشف الطفل أن مخاوفه غير موضوعية.

ب ـ تربية الطفل وتدريبه على مواجهة المواقف المعقدة: كيف يهرب من الخطر مثلاً؟ كيف يستغيث بالناس في مواقف الخطر؟ كيف يستخدم التليفون؟.

ج ـ تدريب الطفل على بعض النشاطات الإجتماعية التي تعمل على تحسين وتنمية علاقاته بالآخرين. فالإنسحاب الاجتماعي والإنزواء لدى طفل معين قد تكون نتيجة مباشرة لعدم إتقانه لبعض المهارات الإجتماعية بما فيها من ألعاب أو مهارة في التحدث. ولهذا فمن المطالب الرئيسية لزيادة الفاعلية الإجتماعية للطفل أن ندربه على إتقان بعض الألعاب الشائعة ككرة القدم أو السلة، أو الشطرنج لأنها تحوله لعضو حيوي في جماعات خارجية.

د ـ التدريب المباشر وإعطاء معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه وإضطرابه حتى يمكن أن يتعرف على مصادرها ويستبق حدوثها، ويقيس مدى تفوقه في علاجها. ونجد من ناحيتنا أن إعطاء معلومات ـ مثلاً ـ عن الإستجابات الفسيولوجية ـ بما فيها تزايد دقات القلب والشحوب وغيرها من النشاطات الاستثارية ـ في حالات القلق والإضطرابات المرتبطة بهه قد تكون ذات فائدة عظيمة للطفل. فهي من ناحية تنبهه بالإحساسات العضوية في المواقف الإنفعالية، وتقود من ناحية أخرى قدراته على ضبط هذه الإحساسات والتحكم فيها من خلال الإسترخاء كوسيلة من وسائل العلاج.

٢ ـ الحوارات مع النفس (المونولوج):

يبين «مايكنباوم» (Meichenbaum, 1977) أن من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة هي أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة. إن الإضطراب الذي يصيب الطفل (بما في ذلك الخوف الشديد، والقلق، والإندفاع، والعدوان في المواقف التي يواجهها ـ إجتماعية أو دراسية)، يعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه، ومع ما تقنع به ذاته من

أفكار أو حوادث. ويقيم «مايكنباوم» شهرته في مجال العلاج المعرفي على نجاحه في إبتكار وسائل أمكنه من خلالها أن يحدد أنواع هذه العبارات وما تثيره من إستجابات إنفعالية مهددة، وعلى إستبدالها بأفكار أو عبارات أو تعليمات وإرشادات يرددها الطفل خلال تعامله بهذه المواقف.

ويرى «هربرت» (Herbert, 1987) أن الحوار مع النفس عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه الطفل لما تفعله أفكاره السلبية في سلوكه. ويقترح منهجاً كاملاً يمكن للمعالج من خلاله أن يطلب من الطفل أن يعيد ويردد عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل: «توقف».. «فكر قبل أن تجيب».. «سأعد لعشرة قبل أن أستجيب». وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيداً من ذلك.

٣ ـ الوعي بالذات ومراقبتها:

ويتضمن هذا الأسلوب أن نمكِّن الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو كاميرات تصوير (فيديو) وهو يتصرف في مواقف إجتماعية مختلفة. وبهذه الطريقة يستطيع الطفل أن يطور قدرته على وعي ذاته وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه. ولهذا الأسلوب قيمة أخرى، فهو يطلع الطفل مباشرة على الكيفية التي يدركه بها الآخرون. لكن نظراً لأن إعادة المشاهد قد تكون لها نتائج إنفعالية سيئة عند البعض، فإنه يجب الحذر الشديد عند إستخدام هذه الطريقة، مع العمل على الانتقاء الجيد للمشاهد التي تكون لها قيمة علاجية، مع تجنب المشاهد التي يعلم المعالج أن الطفل سيكون حساساً لها (Herbert, 1987).

٤ ـ تخيل النتائج[١]:

يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على تخيل الموقف المهدد الذي

---

(١) Fantasized consequences

حدث وأن يصف ما يراه من انطباعات ذهنية، وأن يتحدث عن مشاعره والتغيرات الفسيولوجية التي تعتريه، وما يصحبها من أفكار وحوارات ذهنية. ومن خلال ذلك، يساعد المعالج الطفل على استنتاج نوع الفكرة العقلانية التي يميل الطفل عادة إلى تكرارها، حتى يمكن إخضاعها بعد ذلك للتعديل. فإذا حدث وتبين للمعالج أن أفكار الطفل هي بالفعل أفكار صحيحة وعقلانية وملائمة لتحليل الموقف، فإنه يوجه جهده لأساليب علاجية أخرى (غير معرفية) كالإسترخاء أو مهارات التكيف[1].

٥ ـ إستخدام أسلوب التشبع بالفكرة الخاطئة:

يتطلب هذا الأسلوب حث الطفل، بعد تحديد الفكرة أو مجموعة الأفكار المسؤولة عن إضطرابه، أن يعيشها بكل قوة وأن يتصور أقصى ما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج، والهدف من ذلك ليس أن تستخف بالطفل أو توضح له سخافة أفكاره، لكن الهدف هو الوصول به إلى إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوأ من الأشياء ذاتها وأن الخوف من الأشياء وتجنبها قد يزيد من سوئها. ويفضل المعالجون إستخدام هذا الأسلوب مع الطفل بعد توطيد العلاقة العلاجية معه.

٦ ـ توليد البدائل واستكشاف الإمكانيات المختلفة للحل:

يؤدي الاستغراق الانفعالي الشديد في المشكلة بالطفل أحياناً إلى أن يظن بأنه لن تكون لديه بدائل لما سيخسر، أو لما سيحدث من نتائج سيئة. ولهذا يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول.

ويمكن بموجب هذه الطريقة مثلاً أن يتخيل الطفل صديقاً له جاءه يطلب نصيحته في مشكلة عارضة (هي نفس مشكلة الطفل)، وأن يحاول أن

---

(١) Coping skills



شكل رقم ١٦:

هناك ما يثبت أن الاضطرابات التي تصيب الأطفال بما فيها الخوف الاجتماعي والقلق، تجنب الاحتكاك بالآخرين والعداوة تعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل من أفكار أو حوادث ذاتية. ومن ثم يبين مايكنباوم Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل لمعالجة المشكلات الانفعالية والتغلب عليها تكون في تدريب الطفل على التنبه للأخطاء أو التصورات الخاطئة بما فيها فكرته عن نفسه أو فكرة الآخرين عنه.

يعطيه أكبر عدد ممكن من الحلول، ويوجه إنتباهه بعدئذ إلى مناسبة تطبيق هذه الحلول على مشكلته، وإلى تدعيم هذا الأسلوب من التفكير عندما تعرض له مشكلات أخرى.

٧ ـ التغيير من أهمية بعض الأهداف التي يسعى لها الطفل:

إن الطفل الذي يشعر ـ مثلاً ـ أن حب الجميع مطلب ضروري وحتمي من مطالب السعادة والرضا عن النفس، قد يدخل نتيجة لهذا في المواقف الإجتماعية وهو غير قادر على توكيد قدراته العقلية والحيوية. فقد ينأى ـ نتيجة لحرصه الشديد على أن يحظى بحب الجميع ـ عن توكيد نفسه، ويتأخر عندما يتطلب الموقف إبراز مكاسبه أو إنجازاته، أو يصر على التقرب من آخرين أو البقاء في مواقف مكروهة. وبمساعدة الطفل على التقليل من أهمية هذا الهدف: «حب الجميع ضرورة حتمية»، سنمكنه من تطوير قدرته على تحمل الرفض، والقدرة على توكيد الذات وغيرها من الخصائص المرتبطة بالصحة.

٨ ـ لعب الأدوار:

إذا تأتى للطفل أن يعبر عن إتجاه جديد، أو معتقد عقلاني ومناسب، وإذا تأتى له أن يعيد ويكرر ذلك، فإن الإتجاه الجديد سيتحول في الغالب إلى خاصية دائمة. ومن المعروف أن التغير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها. فالطفل من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى إضطرابه سيتمكن من أن يستبق ـ من خلال التفكير في هذه المواقف ـ التغير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم فهو سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر. فضلاً عن هذا، فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر على الطفل بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة إنفعالية وسلوكية ملائمة ستطلعه بشكل مباشر على المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أو

مقلق عادة ما يكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأن الإضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها. كما أن لعب الأدوار ـ من جهة ثالثة ـ يساعد الطفل على التعلم المباشر للمهارات الإجتماعية المصاحبة للدور كما سبق وأن تحدثنا.

٩ ـ الواجبات المنزلية والخارجية:

لكي نمكِّن الطفل من أن يعمِّم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع معالجه، ولكي نساعده على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية، ولكي نقوي وندعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال أو المجازفات الخارجية. وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية.

فإذا كان الهدف من العلاج ـ مثلاً ـ هو تطوير مهاراته الإجتماعية، فإننا قد نطلب منه أن يقوم خلال الفترة السابقة للجلسة القادمة بعمل إتصالات هاتفية بأصدقائه، وأن يبادر زملائه بالتحية، وأن يتدرب على جمع أسئلة حول موضوع معين ويطرح هذه الأسئلة على مدرسيه أو زملائه، أن يقوم بطريقة تلقائية بالتقرب والتعرف على الغرباء.

وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية، كأن تدعوه إلى أن يدخل في سلسلة من المواقف يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكية السابقة والعصابية، ويمكن أن تكون معرفية كأن نطلب منه أن يمارس بعض المهارات المعرفية مثل ممارسة الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتويات إنفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين.

كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة ولترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج.

الخلاصة

لم يعد مقبولاً اليوم أن نعالج اضطرابات الطفل ومشكلاته دون محاولة لعلاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، واتجاهاته نحو نفسه ونحو المواقف التي يتفاعل معها. فالاضطراب النفسي يعتبر من وجهة النظر الحديثة في العلاج السلوكي ذا علاقة بالطريقة التي يفكر بها الشخص، ولما يحمله من آراء ومعتقدات شخصية. ويشرح لنا هذا الفصل بعض الأساليب التي يستخدمها المعالجون السلوكيون لتعديل أخطاء التفكير بما فيها: التربية المباشرة، وتعلم الأساليب الملائمة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية وتعديل الأساليب الفكرية المثيرة للانفعالات والقلق، وتعديل الحوارات مع النفس، ومراقبة الذات وعقابها أو مكافأتها عند ظهور أنماط معينة من التفكير.

الفصل التاسع

المؤازرة الوجدانية واللطف

برزت في السنوات الأخيرة حركة جديدة في العلاج يراها أصحابها (McGeee, Menolascino, Hobbs, & Menousek, 1987) بديلاً للعلاجات السلوكية التقليدية في مجال التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية بين المتخلفين عقلياً والمضطربين. ويطلق أصحاب هذه الحركة عليها اسم التعليم الملطف[١].

وبالرغم من بعض الإختلافات الرئيسية بين التعليم الملطف والعلاج السلوكي، فإن هناك نقاط تماثل تجعل أوجه الشبه بينهما أكثر من أوجه الإختلاف. فالتعليم الملطف مثله في ذلك مثل العلاج السلوكي يبدأ بتحديد المشكلة تحديداً نوعياً ويرسم أهدافاً مسبقة للعلاج، ويستخدم كثيراً من الأساليب الشائعة في العلاج السلوكي كالتدعيم والتجاهل. ومن ثم فإننا نراه مكملاً ـ وليس بديلاً ـ للعلاج السلوكي. لكن التعليم الملطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منها:

١ ـ أنه يرفض استخدام العقاب تماماً ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك بما في ذلك كل أشكال العقاب كتكاليف الإستجابة والإبعاد المؤقت.

---

(١) Gentle teaching

٢ ـ يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية. ويبشر بأن أهداف العلاج يجب أن تكون متجهة لتكوين رابطة وجدانية بين المريض والقوة المعالجة.

٣ ـ يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة التسلطية (التي يرى أصحاب التعليم الملطف أنها تميز حركة العلاج السلوكي). بعبارة أُخرى فعملية العلاج في ضوء هذا المنهج تتجه إلى تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض، وتتبنى وجهة نظر تربوية نحو مشكلاته، وتركز على التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج.

٤ ـ يراعي العلاج الملطف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقعاً قوياً في أي خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض، وذلك كما سنرى تفصيلاً فيما يلي.

الفلسفة العامة للعلاج الملطف:

(١) كل التفاعلات الإنسانية ـ ناجحة أو فاشلة ـ تعتمد أساساً على إتجاهاتنا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة. فالإتجاه الذي يحمله كل منا نحو الآخر، وما نحمله من أحكام أو آراء متبادلة من شأنها أن تحكم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل. ومن ثم، فإن كنا نعتقد أن الطفل المشاغب (مثلاً) هو شخص قد أفسدته التربية والتدليل، فإن تفاعلاتنا مع هذا الطفل ستتجه في الغالب الأعم إلى الحزم والعقاب وإملاء الأوامر. وقد يساهم أسلوبنا هذا بدوره في تكوين معتقدات وأحكام لديه يرانا بمقتضاها أننا لا نفهمه وأننا نتسلط عليه، ولا نصغي لمشاعره. ولهذا فإن التفاعل الصحي ستبتره منذ البداية الأحكام والآراء المتبادلة للأشخاص موضوع هذا التفاعل.

ويطلق أصحاب التعليم الملطف على هذه المجموعة من

القيم الشخصية إسم الوضع القيمي[1] أو الإطار المرجعي الشخصي الذي نسترشد به خلال عملية التفاعل، والذي من شأنه أن يحكم نشاطاتنا اليومية.

والوضع القيمي شيء غير محدد بدقة. فهو كإطار مرجعي يتغير دوماً بحسب ما نواجه من الشخص الذي نتفاعل معه. ومن ثم فهو يتعدل ويتغير عندما نواجه شخصاً عدوانياً أو إنسحابياً.

ومن المهم الإنتباه إلى الجهاز القيمي لكل شخص خلال عملية العلاج والتفاعل. هذا الإنتباه كفيل بأن لا يجعل هدفنا هو التركيز على تعديل جانب محدد من السلوك الشاذ، أو القفز إلى استخدام الأساليب الفنية الجاهزة. إن معرفتنا بالجهاز القيمي للطفل العدواني أو المنسحب، تساعدنا باديء ذي بدء على إقامة إطار عمل يمكننا من خلاله تقدير نتائج التفاعل، ومدى استناده على المبدأ الرئيسي من مبادىء العلاج الملطف وهو التبادل الإنساني بين الطرفين (المعالج والطفل).

(٢) العلاج بالتعليم الملطف يتبنى قيماً لا تتسم بالتوجيه المباشر. فهو بعبارة أُخرى يراعي بدقة أن لا يؤدي التفاعل العلاجي إلى أي خسارة للطفل. ومن ثم يؤكد التعليم الملطف على مساندة الطفل، وعلى الصداقة، والإعتماد المتبادل بدلاً من التركيز على الإنصياع والطاعة والخضوع.

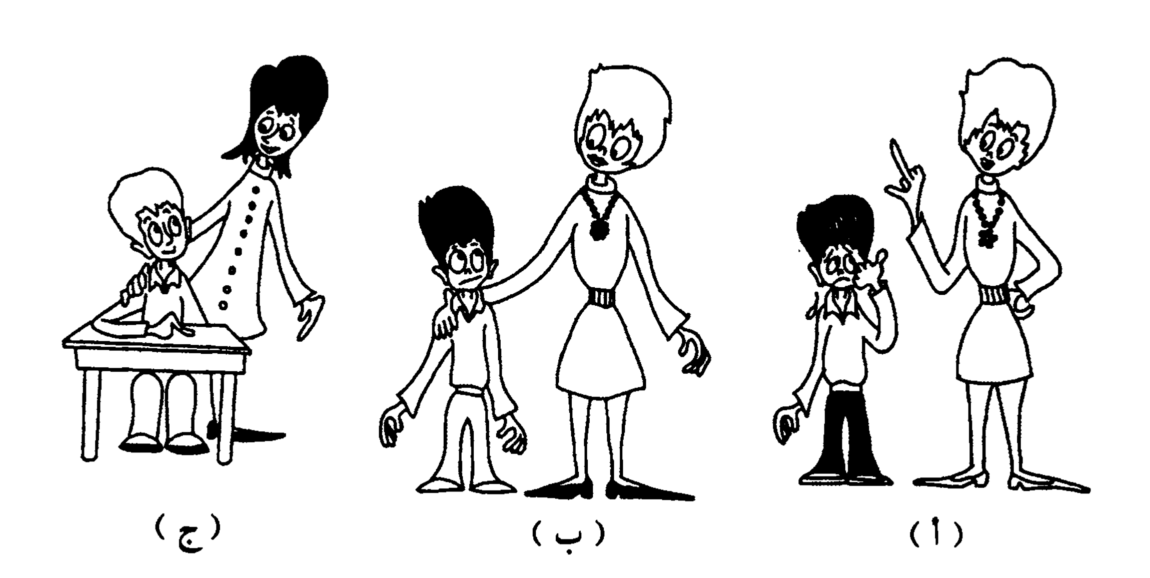
الهدف الرئيسي من التعليم الملطف:

إن الهدف الرئيسي من العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض. ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة إيجابية بالطفل قبل الدخول في خطة العلاج.

ونتيجة للرابطة الوجدانية التي تتكون تدريجياً مع الطفل يتعلم الطفل

---

(١) Posture



شكل رقم ١٧:

تطورت في الأعوام الأخيرة حركة التعليم الملطف كاستجابة معارضة لسيطرة الأساليب السلوكية المبكرة التي تعتمد نسبياً على دور العقاب في تعديل السلوك. وبالرغم من أن التعليم الملطف يستخدم مفاهيم مماثلة للعلاج السلوكي، فإن أصحاب هذه النظرية يرفضون تماماً الأساليب العقابية (أ) وينظرون إليها على أنها نتيجة لسيطرة الفلسفة التسلطية في حركة العلاج النفسي بشكل عام. ويركز التعليم الملطف بدلاً من ذلك على تكوين رابطة وجدانية بالطفل (ب) ويؤكد على دور بعض العوامل غير التسلطية بما فيها المساندة الوجدانية في مواقف الضغط والتوتر (ج). والاعتماد المتبادل بدلاً من التركيز على فرض الطاعة والانصياع. وتفترض هذه النظرية أن تكوين رابطة وجدانية بالطفل ستمكن من تحقيق تغييرات إيجابية في تفاعلاتنا معه مما يجعلنا أكثر قدرة على استباق الخطر وضبط جوانب السلوك اللاتكيفي (خاصة العدوان والهروب من المسؤولية) عند حدوثها. وتحقق هذه النظرية أهدافها من خلال أساليب فنية منها متصل: ـ التجاهل ـ التدعيم ـ التدخل، ومنها التعليم في صمت، وإعادة ترتيب البيئة لإحداث الاستجابة التكيفية الملائمة.

ثلاثة أشياء هي أن:

١) وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة.

٢) كلماتنا وإيماءاتنا (بما فيها اللمس، والإبتسام، والعناق) تعني الإثابة والمكافأة في ذاتها، وليس التحكم والرغبة في الضبط.

٣) مكافأة الطفل تأتي من مساهمته (وليس من مجرد خضوعه).

ويفترض أن تشكيل الرابطة بالطفل وفق المبادىء الثلاثة السابقة سيجعل من الميسور علينا تحقيق تغيرات إيجابية في تفاعلاتنا مع الطفل. فمن ناحية سيتمكن المشرف أو المعالج في مثل هذه الأحوال من الدخول في علاقات متبادلة، ومتكافئة، ومدعمة للطفل، ومن ثم سيكون بإمكانه أن يستبق الأمور، وليس أن تكون خططه قائمة على مجرد رد الفعل ودرء الخطر. فالمعالج الذي استطاع أن يبني علاقة دافئة، واستطاع أن يجعل هذه العلاقة هي صاحبة التدعيم الرئيسي للطفل سيكون بإمكانه التنبؤ بالسلوك قبل حدوثه، وسيكون بإمكانه الاستفادة من هذه الرابطة في أكثر المواقف خطراً وحرجاً، أي عندما يكون المريض في فترات هياج وعنف وغضب. ولهذا نجد أن العلاج الملطف غالباً ما يحقق نجاحاً كبيراً في مثل هذه الحالات بالذات. وتكوين علاقة قائمة على الترابط والمؤازرة ومساندة الطفل له قواعده وشروطه التي يحددها أصحاب هذه النظرية على النحو الآتي:

أ ـ إجعل وجودك مدعماً للطفل. وبعبارة أُخرى، يحتاج الوالدان والمشرفون على تربية الطفل أن يجعلوا حضورهم أو تواجدهم مع الطفل مرتبطاً بالدفء والرعاية والتقبل والاهتمام.

ب ـ شجع الطفل على المساهمة والتبادل. ومن ثم يجب أن ترتبط استجابات الطفل الدالة على التفاعل والمساهمة والتواصل بالنجاح والتدعيم دائماً. ومن هنا تأتي استفادة المعالج بالتعليم الملطف من المبادىء السلوكية المرتبطة بالتدعيم الإيجابي (كالتبسم والعناق). لكنّ استخدام التدعيم هنا مرتبط بالنجاح في العلاقة الإيجابية والإتصال، وليس كمجرد استجابة لسلوك يصفه المعالج السلوكي بأنه سلوك جيد

أو غير مرضي.

ج ـ أن تكون تفاعلاتنا مع الطفل مرتبطة بنفس المبادىء.

د ـ عندما يعزف الطفل عن المساهمة والتفاعل لأي سبب، يجب على المعالج (أو الأبوين) أن يخلقا الظروف الملائمة التي من شأنها أن تجعل المساهمة والتفاعل ضروريان للطفل.

الخلاصة

الهدف الرئيسي من حركة العلاج الملطف هو تكوين رابطة وجدانية وتطوير علاقة إيجابية بالطفل كمطلب من مطالب العلاج. ونتيجة لهذه الرابطة يتعلم الطفل أن وجودنا بجانبه يرتبط بالأمان، والإثابة، ومن ثم تؤدي الرابطة الوجدانية مع الطفل إلى تغيرات إيجابية، وستمكن المعالج (أو القائمين بالرعاية) من الدخول في علاقات متبادلة ومتكافئة بالطفل في مواقف الهياج والعنف والعدوان. وللعلاج الملطف أساليب أخرى يتعرض لها الملحق ٢، وتمثل حالة الطفل الصعب في الفصل ٢٥ نموذجاً لاستخدام هذا الأسلوب بنجاح.

الفصل العاشر

مقارنة بين مختلف الأساليب السلوكية

يتميز المعالج السلوكي بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة (الدخيل ١٩٩٠). ولهذا تتكاثر طرقه ـ كماً وكيفاً ـ تبعاً لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. وقد اتضح لنا مما سبق شرحه حتى الآن مدى التنوع والتطور في هذه الأساليب.

لكن تنوع هذه الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تقرير أي هذه الأساليب يبدأ بها، وعلى أي أساس يختار أسلوباً دون أسلوب آخر، ومتى يجمع أكثر من أسلوب معاً عند التعامل مع الطفل؟

أي أن الخبير النفسي السلوكي قد يجد في تنوع هذه الأساليب ما يثير حيرته ويربكه عندما يجابه مشكلة سلوكية/نفسية مطلوب منه إيجاد علاج ناجح لها. فجميع هذه الطرق التي عرضنا لها في هذا الكتاب ـ إذا نظرنا إليها بموضوعية ـ قد خضعت للبحث والتجريب والفحص العلمي. ولهذا فهي متساوية من حيث قيمتها العلمية.

لكن هناك معيار إضافي نرى أنه يساعد المعالج في اختيار أسلوب علاجي دون آخر وهو الملائمة لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب أكثر ملائمة من أساليب أخرى إذا أخذ في الاعتبار نوع المشكلة أو الإضطراب. واعتماداً على أبحاث العلاج الناجحة نورد فيما يلي الأساليب العلاجية التي يبدو أنها توائم بعض المشكلات:

١ ـ أساليب التطمين المتدرج والتي تعتمد على التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للخوف والقلق. ويستخدم هذا الأسلوب بفاعلية في علاج كافة المخاوف المرضية بما في ذلك الخوف من الامتحانات والخطابة والقلق والعزلة والانطواء، ومواجهة الضغوط الاجتماعية غير المعقولة.

٢ ـ التدعيم (التعزيز) بأنواعه: التدعيم الإيجابي والسلبي والذاتي، يستخدم بفاعلية في علاج مجالات متسعة من المشكلات تشمل مشكلات اللغة وصعوبات التعلم، والحركة المفرطة وضبط العدوان، واضطرابات العادات الصحية كالتبول اللاإرادي، وانحرافات السلوك الاجتماعي كالسرقة، والعنف ضد الأشخاص والممتلكات. بل أنه يمكن القول أن كل أساليب العلاج المذكورة في هذا الكتاب يدخل التدعيم فيها بشكل مباشر أو غير مباشر.

٣ ـ التشكيل: يستخدم بشكل خاص في تعلم الأنماط المركبة من السلوك خصوصاً المهارات التي تتطلب أكثر من نوع من السلوك والتنسيق بينها، كالكتابة مثلاً. كما يمكن استخدامه لتمكين الطفل من اكتساب المهارات الاجتماعية المركبة كالحديث أمام الناس والتعبير عن النفس.

٤ ـ القدوة ومحاكاة النموذج: يمكن استخدامه في حالة الرغبة في تدريب الطفل على مجابهة المواقف المحبطة بدون اللجوء إلى التصرفات العدوانية، وفي حالة تدريب الطفل على التصرف المناسب في مواقف التفاعل الاجتماعي مع الزملاء ونماذج السلطة. وعلى العموم يمكن استخدام هذه الوسيلة العلاجية في تدريب الطفل على اكتساب تصرفات تنطوي على مهارات قد اكتسبها في السابق ولكن مطلوب منه ترتيبها في نسق معين، وتزداد فعالية هذه الطريقة متى ما استخدم التشكيل لمساندتها.

٥ ـ ضبط المنبه: وهذا ينطوي على إبعاد المنبه المثير للسلوك المضطرب مثل الطعام في حالة النهم والسمنة أو مضيعات الوقت مثل التليفزيون وأدوات اللهو واللعب في حالة التعثر الدراسي. أو

أنه ينطوي على تدريب الطفل على استبدال تصرفات غير مناسبة بتصرفات مناسبة في حضور مواقف أو منبهات معينة.

٦ ـ سحب التدعيم والتجاهل: يساعد على التخلص من المشكلات السلوكية المثيرة للإزعاج مثل الحركة المفرطة في الفصل الدراسي والطنين والصراخ، وأي سلوك يثير الانتباه عادة ويؤدي بالتالي إلى تدعيمه.

٧ ـ التشبيع بالمنبه: يصلح هذا الأسلوب في علاج بعض الأنواع الخطرة من السلوك مثل حالات معينة من إشعال النيران، أو حالات مثيرة للإزعاج مثل المبالغة في تكديس بعض الأشياء كالطعام أو المخدرات.. الخ. كما أنه ناجح في التعامل مع الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية(١).

٨ ـ التصحيح المتكرر: يستخدم عادة في حالات السلوك الإتلافي وعدم احترام قواعد التعامل بما في ذلك الإهمال. ويطلب من الطفل المسبب للإساءة العمل على تصحيح خطئه بإصلاح ما أتلف أو ترتيب ما بعثر.

٩ ـ الإبعاد المؤقت: نوع من العقاب الهدف منه وضع حد لأي سلوك عدواني أو إتلافي أو مزعج بإبعاد الطفل مؤقتاً.

١٠ ـ تكاليف الاستجابة: تغريم الطفل ـ بسحب مصروفه أو أي مكافأة مادية أو اجتماعية سابقة ـ عندما يبدر منه سلوك إتلافي أو سرقة أو عدوان.

١١ ـ تأكيد الذات: يهدف من هذا الأسلوب تدريب الطفل على التعامل بثقة مع الإهانات والظلم وسوء المعاملة التي قد يتعرض لها بدلاً من الاستكانة لها. كما أنه أسلوب مفضل في علاج الخجل والتردد والانطواء.

١٢ ـ لعب الأدوار: ينطوي هذا الأسلوب على تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف التي يعاني منها اضطراباً وذلك

---

(١) Obsessive-Compulsive behavior

بتعليمه تقمص الدور المطلوب منه في مثل هذه الحالات في غرفة العيادة والتفاعل مع المعالج وكأنه في موقف حقيقي.

١٣ ـ التعديل المعرفي وحل المشكلات: يوجه الطفل هنا بشكل مباشر على مواجهة الضغوط وضبط سلوكه العدواني أو الإدماني من خلال تعديل حواره المعتاد مع نفسه.

١٤ ـ ضبط الذات: تدريب الطفل على تطبيق أي من الطرق السابقة بنفسه على نفسه ودون حاجة لوجود المعالج عند التطبيق أو حتى عند رسم تفاصيل الخطة. ويصبح دور المعالج هنا هو الإشراف والتأكد من تمشي خطة العلاج مع المطلوب في مثل هذه الحالات.

١٥ ـ التدريب الإجرائي المبني على المكافأة والعقاب: يصلح هذا الأسلوب كلما أردنا تدريب الطفل على التخلص من سلوك مضطرب واستبدال سلوك إيجابي محله.

١٦ ـ الاتفاقات المتبادلة والتعاقد: يهدف هذا الأسلوب إلى تحسين أنماط التفاعل داخل الأسرة أو المدرسة، كتنظيم الوقت والقيام بالالتزامات في وقتها. ويتم ذلك عن طريق توضيح السلوك المطلوب توضيحاً محدداً وتحديد النتائج التي سترتب عليه تحديداً دقيقاً.

١٧ ـ المراقبة الذاتية: بموجب هذا الأسلوب يطلب من الطفل مراقبة سلوكه باستخدام الجداول والاستمارات لتسجيل السلوك المطلوب منه مراقبته وأوقات حدوثه ونتائجه. وهناك هدفان من هذا الأسلوب، الأول هو تزويد المعالج بمعلومات وافية عن السلوك المحوري، والثاني هو إعطاء صورة واقعية غير انطباعية عن أبعاد السلوك المحوري (تكراره، حدته، أوقاته.. الخ.) قد تفيد في وضع حد له أو ضبطه، خصوصاً في أنواع من السلوك مثل النهم والصراخ والعصيان، التي ما تعرف الطفل على مدى أي منها كان حافزاً له على تخفيضه في سباق مع نفسه نحو تحسين سلوكه.

١٨ ـ المؤازرة الوجدانية واللطف: يساعد هذا الأسلوب بشكل خاص على توطيد التماسك الأسري وتشجيع الطفل على التأسي

بالنماذج الخارجية الإيجابية، وبالتالي الاستجابة للآخرين ومتابعة الخطط العلاجية. ولأنه يعطي نماذج إيجابية في التفاعل والتبادل بدلاً من تلك التي تتسم بالصراع والتطاحن فإن هذا الأسلوب فعال في الإقلال من العدوان والمشاكسة والتخريب.

ويلخص لنا الجدول (٤) هذه الأساليب العلاجية التي عرضنا لها ونوعية المشكلات التي تصلح لها.

جدول رقم (٤)
بيان بأنواع مشكلات الطفل
وما يلائمها من أساليب علاجية سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
١ ـ التطمين المتدرج (التعريض التدريجي لمنبه منفر)	ـ المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الاجتماعي
والتعامل معه بأقل قدر من الحساسية (تدريج الحساسية)	ـ التعامل الإجتماعي مع العداوة الخارجية، ومواقف التهديد.
٢ ـ منهج التدعيم: التدعيم الإيجابي، التدعيم الذاتي الإقتصاد الرمزي	مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الإجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، إضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادي، التغوط، نظافة الفم والبدن). مشكلات الطعام (نقص الشهية الشراهة، العزوف عن الطعام) اضطرابات الانتباه، المهارات الدراسية. اضطرابات السلوك، (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات). صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).
٣ ـ التشكيل والتقريب التدريجي	إكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس). المهارات الإجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية (تنظيم جدول للعمل).

تابع جدول رقم (٤)

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
٤ ـ الإقتداء ومحاكاة النماذج	المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الإجتماعي (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح).
٥ ـ ضبط المنبه	إضطرابات التعلم، الإفراط أو النهم، المعاندة.
٦ ـ الإنطفاء (سحب التدعيم الإجتماعي، والتجاهل)	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصراخ، البكاء، العدوان، النهنهة، البكاء، لفت الانتباه، التفاخر، المعاندة والمجادلة، الإفراط في الملبس أو المظهر.
٧ ـ التشبع بالمنبه	إشعال النيران ـ بعض حالات السلوك القهري
٨ ـ التصحيح المتكرر	السلوك الفوضوي
٩ ـ الإبعاد المؤقت من مدعم إيجابي	السلوك التخريبي ـ المشاجرات والعراك، الشتائم ـ النحيب.
١٠ ـ تكاليف الإستجابة	نوبات الغضب Tantrums العدوان ـ السرقة ـ التململ ـ الإفراط الحركي داخل الفصل الدراسي. الجنوح، إشعال النيران ـ الفوضوية في السلوك.
١١ ـ تدريب المهارة (بما فيها تأكيد الذات ـ تدريب المهارات الإجتماعية ـ لعب الأدوار)	نواحي الضعف في السلوك الإجتماعي بما فيها الخجل ـ عدم القدرة على رد الإهانات ـ التعامل مع العداوة الخارجية ـ العجز عن التعبير عن النفس
١٢ ـ لعب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة	نواحي القصور في السلوك الإجتماعي ـ المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التي تحدث بين المراهق وأسرته.
١٣ ـ التعديل المعرفي وتدريب المهارة على حل المشكلات	مواجهة الأزمات الطارئة، المواقف الحرجة مثل الإنفصال ـ قلق الموت ـ السلوك الإدماني ـ مواقف الصراع ـ المخاوف ـ العدوان ـ مواقف التوافق مع الضغوط.
١٤ ـ مناهج ضبط الذات ـ الحوار الداخلي مع النفس	الصراعات الإجتماعية، الإندفاع ـ الخوف ـ التقاعس عن الأداء الأكاديمي ـ الإفراط الحركي ـ ضعف الدافعية للعمل والنشاط.

تابع جدول رقم (٤)

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
١٥ ـ التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية والعقاب الذاتي	التبول اللاإرادي ـ السلوك الفوضوي ـ زيادة السلوك الإيجابي
١٦ ـ الإتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض	السلوك التخريبي ـ السرقة ـ الصراخ ـ الصراع ـ رفض المدرسة، أو الهروب منها.
١٧ ـ مراقبة الذات عند ظهور السلوك	زيادة الوزن أو السمنة ـ الهزال ـ مشاكل السلوك الوالدي
١٨ ـ أسلوب التعليم الملطف والمؤازرة الوجدانية	العدوان، تدمير الذات، الهروب من المنزل أو المدرسة،

الخلاصة

لخص لنا هذا الفصل الأساليب المتنوعة والمستخدمة في ميدان العلاج السلوكي، كما شرح نوع المشكلات أو الاضطراب الذي يصلح علاجه بأسلوب دون الأساليب الأخرى. ومن ثم، يكون بإمكاننا، بمقارنة هذه الأساليب بعضها بالبعض الآخر، أن نختار الملائم منها عند التعرض لمشكلات الطفل.

الباب الثالث

إجراءات العلاج السلوكي
ونماذج من خططه

الفصل الحادي عشر: إجراءات العلاج السلوكي للطفل: الخطوات الستة

الفصل الثاني عشر: خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية

الفصل الثالث عشر: خطة للتغلب على إضطرابات الإنتباه لدى الطفل

الفصل الرابع عشر: خطة لضمان الإستمرار في التغيرات الإيجابية للعلاج

الفصل الخامس عشر: برنامج للتدريب على معالجة التبول اللاإرادي وضبط المثانة

مقدمة الباب الثالث

«يجب عمل كل شيء ببساطة ما أمكن ولكن ليس بشكل متبسط»

آينشتاين

إذا كان سير وليام أوسلر William Osler يقول إن دراسة ظواهر المرض دون الإطلاع على ما كتب عنها في السابق أشبه بالإبحار في محيط لا روافد له، فكذلك يمكن من ناحيتنا أن نقول بأن العلاج السلوكي دون خطة مسبقة أشبه بالسباحة في بحر غير محدد المعالم. فبدون خطة علاجية وبدون إجراءات معدة سابقاً تصبح محاولات العلاج فوضى وبعثرة للجهد وضياع لكثير من الفرص الجيدة والمواقف السانحة التي من شأنها أن تيسر العلاج.

والهدف من هذا الباب هو أن نشرح الإجراءات المطلوبة للقيام بخطة علاج سلوكي للطفل. وإضافة إلى ما في هذا من فائدة للمتخصص فإن فيه أيضاً فائدة مؤكدة لغير المتخصصين لأنها تمكنهم من الإطلاع على إجراءات العلاج بما يتضمنه من شحذ للقدرة على تحديد أهداف العلاج وتحديد القوى الفعالة في عمليات التغيير وحشدها.

ولكي يتمكن القارىء من التحكم الجيد في وضع خطة علاجية يقدم له هذا الباب من خلال فصوله المتنوعة نماذج لخطط ثبتت فائدتها في علاج مشكلات محددة شائعة بين الأطفال بما فيها المخاوف المدرسية واضطرابات الانتباه والتبول اللاإرادي. . إلخ.

وبالرغم من أن هذه الخطط ليست بالضرورة خطط نهائية وكاملة

لعلاج هذه المشكلات التي وضعت لها فإنه يمكن اعتبارها مرشدات لمزيد من الخطط الفعالة إذا ما تعذر العلاج المبني على هذه الخطط التي صغناها للقارىء. وتزداد قيمة الاطلاع على هذه الخطط إذا ما حاول القارىء دمجها بدراسة الحالات الفردية في العلاج والتي يعطي الباب الرابع نماذج متنوعة منها.

الفصل الحادي عشر

إجراءات العلاج السلوكي للطفل: الخطوات الست

لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التدعيم نتبع ست خطوات، هي:

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري:

السلوك المحوري هو السلوك الذي نريد علاجه وتعديله. أي أن السلوك المحوري هو مصدر الشكوى، وهو الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن تعديله سيؤدي إلى تحقيق العلاج. ويلزم تحديد السلوك المحوري تحديداً نوعياً. ولهذا فليس من المقبول أن نستخدم عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف في الشخصية، لأن المطلوب تحديد الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. (مثلاً، بدلاً من ضعف الشخصية يمكن أن يقال أنه يعجز عن الاحتكاك البصري أو لا يعبر عن غضبه عندما تنتهك حقوقه).

ويفترض بعد تحديد السلوك المحوري أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة ـ من خلال البيانات والمعلومات التي أمكن جمعها بملاحظة الطفل ـ كيفية تأثير هذا السلوك على صحة الطفل وتصرف

الآخرين نحوه والتفاعل بين جميع الأطراف.

الخطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه:

بعد تحديد السلوك المحوري بالدقة المطلوبة تأتي الخطوة الثانية وهي جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي يظهر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصاً لذلك، حتى نصل لما يسمى بحد الانتشار (الخط القاعدي)[1]، وهو القدر الذي يظهر به السلوك تحت الظروف القائمة قبل العلاج.

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين:

١ ـ تبين لنا ـ كمياً ـ مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

٢ ـ تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

وتمثل استمارة التسجيل المرفقة في الجدول رقم (٦) نموذجاً لإحدى الاستمارات التي أعدت لملئها بالبيانات المستقاة من ملاحظة أنواع من السلوك المضطرب خلال ٢٤ ساعة. وعادة ما يعطي المعالج الأبوين أو المدرسين مثل هذه الاستمارات لملئها بالمعلومات المستقاة من تتبعهم لسلوك الطفل. أما إذا كان الطفل محجوزاً في مؤسسة أو في مستشفى أو عيادة فإن المشرفين والممرضين يقومون بملىء هذه الاستمارة على نفس النمط. بينما صممت إستمارة التسجيل في الجدول رقم (٧) لتسجيل البيانات المستقاة من ملاحظة سلوك واحد (السلوك المحوري) خلال ٢٤ ساعة لمدة ٢٢ يوماً، أي ملاحظة تطور ذلك السلوك عبر فترات زمنية.

---

(١) Base Line

جدول رقم (٥)
استمارة تسجيل السلوك خلال ٢٤ ساعة

الشخص: .... العمر: .... تاريخ: / /

القائم (القائمون) بالملاحظة: .... التعليمات: سجل حسب هذا الجدول ظهور السلوك: .... كل ساعة ضع علامة (✓) إذا ظهر هذا السلوك ـ وعلامة (X) إذا لم يظهر خلال هذه الساعة على مدار ٢٤ ساعة أو طوال فترة الملاحظة. لا تدع أي ساعة تمر دون أن تلاحظ السلوك كل يوم وطوال اليوم لمدة: .... أيام.

م	السلوك	فترات الملاحظة																								ملاحظات
١	إعتداء																									
٢	ضرب																									
٣	إتلاف																									
٤	تبول																									
٥	إضرار بالنفس																									
٦	فزع																									
٧	تحرش																									
٨	مشكلات أُخرى																									
٩																										
١٠																										
١١																										
١٢																										

جدول رقم (٦)
ظهور السلوك في عينات زمنية

الشخص (المريض): . . . . التاريخ من: /   /   إلى: /   /

القائم بالملاحظة: . . . . السلوك الذي يخضع للملاحظة: . . . .

المرجو ملاحظة الشخص (أو الطفل) أعلاه: . . . . في اليوم بين الساعة: . . . .

والساعة: . . . . (صباحاً ـ مساءاً، بعد الظهر) لمدة: . . . . ثانية. ضع علامة (   ) عندما

يظهر السلوك في كل يوم قبل أن تبدأ الملاحظات في كل يوم تال.

التاريخ														المجموع	٪	ملاحظات

الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق:

نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب:

مثال: الطفل يهجم على الأم في الأوقات التي تكون فيها مشغولة بنظافة أو إطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطىء في الظهور.

مثال: بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الإخوة، أو عندما ضحك الأب في السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية بعد ظهور السلوك غير المرغوب..

مثال: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق واللوحات السلوكية) نموذجاً جيداً لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. وبالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطي هذه الجوانب:

١ ـ أنواع السلوك مصدر الشكوى (يضرب ـ يشتم ـ يبصق.. الخ.).

٢ ـ تاريخ حدوثه.

٣ ـ الوقت الذي استغرقه.

٤ ـ مع من حدث (الأب ـ الأم ـ أحد الإخوة ـ الزملاء).

٥ ـ كم مرة يحدث في اليوم (بالاستعانة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base Line Data).

٦ ـ ما الذي حدث قبل ظهور السلوك (إنشغال الأم عنه، حضور

الأب من الخارج ـ رفض طلب له ـ إثر مشادة ـ بعد توبيخه أو معايرته.. الخ).

٧ ـ كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك (الأمر بأن يسكت ـ تقييد الحركة ـ الضرب).

٨ ـ ما هي المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطىء (حصل على اللعبة التي كانت موضوعاً للشجار ـ عدم الذهاب للمدرسة.. إثارة غيظ الأسرة).

٩ ـ أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة ـ صراع بين الأبوين ـ طلاق ـ عطلة ـ عادة شهرية ـ إحتمالات ممارسة عادة سرية.. الخ).

الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية:

يتم في هذه المرحلة تصميم الخطة العلاجية، إذا اكتملت لدى المعالج صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضي (المحوري) المطلوب علاجها، وأصبحت لديه بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك والمكاسب التي يجنيها منه الطفل. فضلاً عن هذا فقد توفرت كذلك بيانات عن المنبهات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتي تساهم في تقوية هذا السلوك. وتتضمن الخطة العلاجية ما يلي:

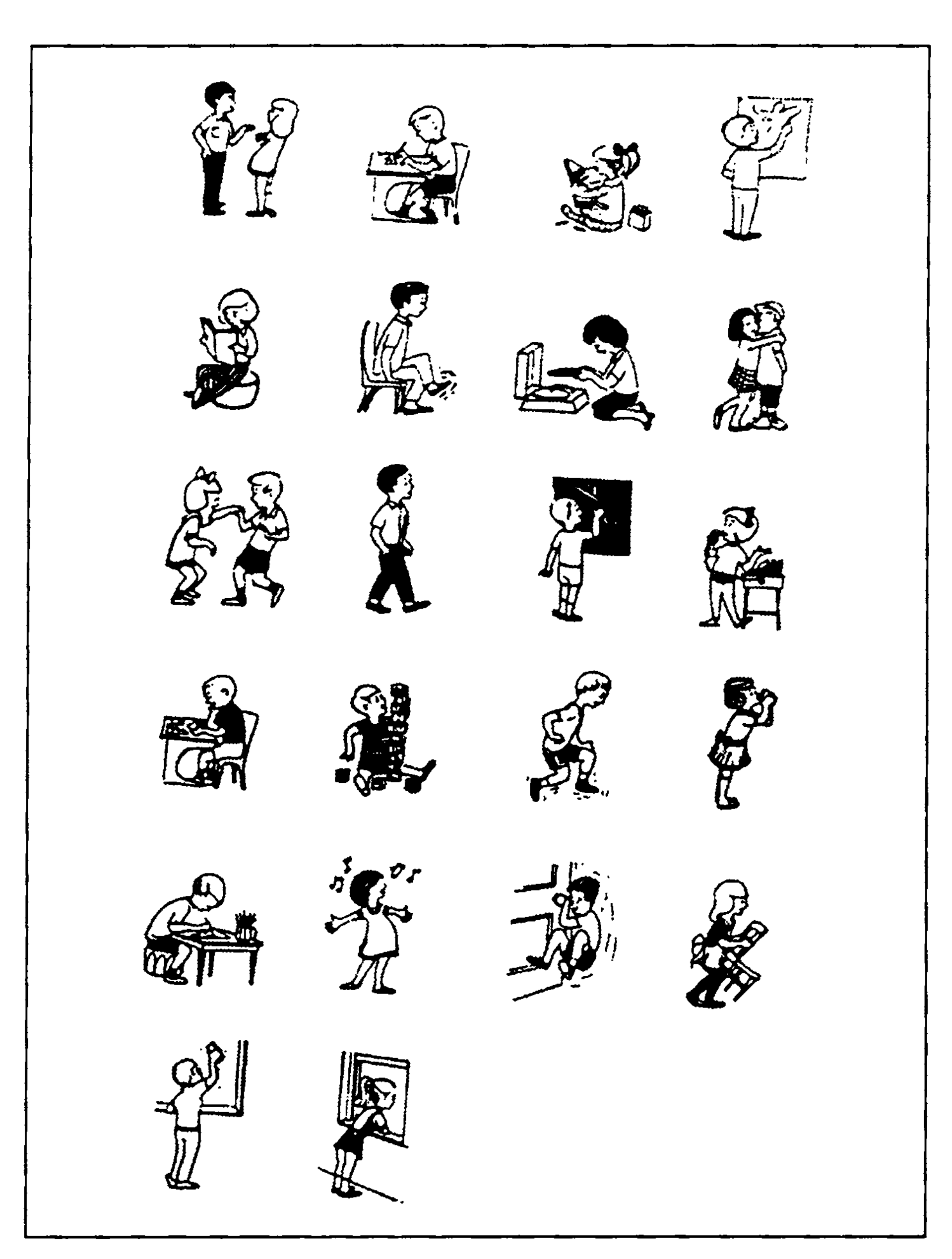
أ ـ **تحديد الأهداف النوعية** التي تتطلع لإنجازها. ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف **بشكل إيجابي**.

مثال: بدلاً من أن يكون الهدف هو:

«التقليل من الشتائم والألفاظ النابية بنسبة ٥٠٪ في الأسبوع الأول»، يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي:

«تزايد نسبة الإبتسام، أو الحوار اللفظي بنسبة ٥٠٪ في الأسبوع الأول.»

مثال آخر: بدلاً من «التوقف عن المجادلة» قل «تزايد نسبة الإصغاء» أو «تزايد نسبة إلقاء الأسئلة» أو «تزايد السلوك الدال على التعاون». (حدد ذلك نوعياً).



شكل رقم ١٨:

قائمة مدعمات مصورة تعرض على الطفل لكي يختار منها أنواع النشاط (أو النشاطات) المرغوبة، والتي تصبح باختيارها مدعمات تمنح للطفل حسب الخطة العلاجية.

(عن: Daley, 1979)

وضّح في الخطة الشروط أو الوسط الذي سيحدث خلاله السلوك الإيجابي، فضلاً عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الإيجابي.

مثال: إذا كان الهدف هو زيادة السلوك التعاوني في الأسبوع الأول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذا الزيادة مثلاً: (أ) الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدته في المطبخ، (ب) عدد المرات التي ينقل فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريره في الأسبوع. (د) يساعد الأُم في تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى. أي أنه يمكن على وجه العموم وضع محكات السلوك الإيجابي إما في شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذي يقضيه في أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو بإحصاء عدد نشاطات سلوكية متنوعة يمكن تفسيرها بشكل إيجابي في فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلاً).

ب ـ **أشرك الوالدين والطفل في وضع البرنامج،** فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الإيجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.

ج ـ **إستعن بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة** (جدول ٧)، وحاول عند اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي.

د ـ وجّه انتباه الوالدين إلى ضرورة **الإكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوبة.**

هـ ـ **يجب** أن تتضمن الخطة كل الأساليب الفنية التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، وإيقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب. .

مثلاً: سيستخدم الأبوان طريقة الإبعاد المؤقت لمدة خمس دقائق في أي مكان منعزل إذا بدأ في نوبات الغضب أو الإعتداء.

مثال آخر: سيساعد الطفل على تنظيف أواني المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغذاء.

و ـ ينبغي أن تشتمل الخطة أيضاً على **خطة زمنية** لتقييم هذا البرنامج. بحيث تكون متناغمة مع خطة الأبوين العلاجية.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية:

وتتكون عناصر هذه الخطة مما يلي:

أ ـ **تشجيع الإتجاه الإيجابي لدى الطفل والأُسرة**. ويعني هذا تشجيع الأُسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابي المرغوبة بدلاً من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب.

مثلاً: تقوم العائلة بعمل جلسات أُسرية ـ ثلاث مرات أسبوعياً ـ لمدة نصف ساعة يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد، بل يتبادلان الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل وأفراد الأُسرة الداخلين معه في عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدني والربت.

مثال آخر: مكافأة أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابياً إما لفظياً أو بدنياً أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصاً لذلك.

ب ـ **يقسّم السلوك ـ الهدف ـ إلى خطوات فرعية**، وتشجيع كل خطوة عند ظهورها:

مثلاً: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب أو إلحاح أو نحيب) لمدة ١٥ دقيقة نذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف إثابته على ذلك وزيادة فترة التوقف عن السلوك السلبي، ويمكن بعد ذلك زيادة الفترة عن ١٥ دقيقة تدريجياً، كل أربعة أيام مثلاً، قبل أن نثيبه.

جامعة الملك فيصل
مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر
قسم الطب النفسي/ العيادة السلوكية

(إستمارة ملاحظة)
السوابق واللواحق السلوكية

إسم الشخص: ....

التعليمات: فيما يلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض. من المطلوب أن تقرأ ما هو هذا السلوك وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرصودة بالخانة الأُولى من الجدول التالي. . إملأ بقية الخانات بحسب ما هو محدد في كل منها:

م السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذي استغرق	كم مرة في اليوم	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك	الإستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما هي المكاسب التي عادت عليه من جراء السلوك كما يراها	أكتب هنا أي ملاحظات إرتبطت بظهور المشكلة
١ ضرب أو إعتداء ٢ إتلاف ٣ شتائم ٤ إضرار بالنفس ٥ هروب ٦ بكل صريخ ٧ فزع ٨ تحرش ٩ رفض الإستجابة لأمر ١٠ التبول أو التبرز لا إرادي على النفس ١١ مشكلات أُخرى:				١. إثر رفض الطلب ٢. إثر توبيخه ٣. إثر نهيه عن شيء ٤. إثر مشادة ٥. إثر اللعب مع الأُخوة ٦. أحد الأفراد خاطبه بصوت عال ٧. قبل الذهاب للمدرسة ٨. الإنشغال عنه ٩ تجاهل طلبه ١٠. معايرته ١١. مقارنة بأحد إخوته ١٢ قبل النوم ١٣. الإعداد لإستقبال زائرين ١٤. الإعداد للخروج ١٥. حوادث أخرى:ـ	١. الأمر بأن يسكت ٢. تهديد ٣. تقييد الحركة ٤. الخصام ٥. حرمانه من ممتلكاته ٦. عزله في مكان منفرد ٧. الضرب ٨. سؤاله عن سبب المشكلة ٩. التوسل أن لا يفعل ذلك ١١. توجيه إنتباهه لنشاط بديل ١٢. الربت على جسمه ١٣. تغيير موضوع الحديث ١٤. أشياء أُخرى تذكر	١ . الانتباه له ٢. الاستيلاء على شيء ٣. عدم الذهاب للمدرسة ٤. الهروب من أداء الواجب ٥. عدم التنظيف ٦ عقاب أحد الأخوة ٧. عدم النوم في الوقت ٨. تغيير مكان النوم ٩ أي مكاسب أُخرى تراها :	مثلاً: ـ • مولود جديد غيرة • إنفصال مرتقب عن الأسرة • شكاوي جسمية • تغيير بيلوجية (كالعادة الشهرية عند الفتيات) • مشادات في الأسرة • طلاق • زواج حديث • أيام العطلات • أيام الدراسة • التعرض لزائرين أو غرباء • أوقات معينة بالليل أو النهار • أي تغيرات جديدة خاصة بالأسرة أو الشخص أو العمل تذكر:ـ

* استخدم استمارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حدة.

جدول رقم (٧)
قائمة المدعمات

اسم الشخص: ....

هذه الأشياء أو الموضوعات من شأنها أن ترضي المشاعر الطيبة. فالمطلوب أن تقرأ كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك أو في الشخص أعلاه.. أضف إلى القائمة ما تشاء.

إجتماعية وشخصية	نشاطات	ممتلكات
١. مساعدة الأم في المطبخ.	١. الذهاب إلى الملاهي	١. ملابس . . .
٢. المدح	٢. رسم أو تكوين	٢. مجلات . . .
٣. اللعب مع الأب	٣. خياطة أو تفصيل	٣. كتب . . .
٤. الخروج للنزهة بمفرده	٤. قص ولزق	٤. أدوات . . .
٥. الخروج للنزهة بصحبة الأسرة	٥. الصيد	٥. أقلام . . .
٦. الخروج للنزهة بصحبة الأصدقاء	٦. السباحة	٦. صور للتعليق . .
٧. إعطاء وقت للإنفراد	٧. صلاة جماعية	٧. مشروبات غازية
٨. الإصغاء والانتباه للشخص	٨. القيادة	٨. عصير أو آيس كريم
٩. التقريظ العلني وإبداء الإعجاب	٩. شراء أشياء من السوق أو المخابز	٩. لبس
١٠. الذهاب إلى حفلة	١٠. إطعام صغار الحيوانات	١١. سجائر
١١ الذهاب إلى حفلة	١١. الدخول في مناقشة	١١. شوكولاتة أو حلويات
١٢. زيارة أصدقاء	١٢. غناء فردي أو جماعي	١٢. قهوة أو شاي
١٣. الإنتماء لجماعة رياضية أو نادي	١٣. مشاهدة تليفزيون	١٣. نقود
١٤. الكلام (تبادل الحوار)	١٤. الاستماع لراديو	١٤. أطعمة للتسلية
١٥. إطلاق نكتة	١٥. القراءة	١٥. أشرطة تسجيل
١٦. الربت على الكتف أو الظهر	١٦. ألعاب (كرة قدم، سلة، تنس،	١٦. أشرطة فيديو
١٧. التأييد	شطرنج، سباحة، مصارعة)	١٧. ساندوتشات
١٨. الاحتكاك البصري والابتسام	١٧. رحلات	١٨. أدوات تلوين
١٩. الذهاب إلى الأسواق (ملابس،	١٨. أعمل مشروب	١٩. راديو
لعب، سيارات، أدوات كهربائية)	١٩. غسل	٢١. كاميرا للتصوير
٢٠. التصفيق له	٢٠. تنظيف	٢١. كاميرا للتصوير
٢١. اللمس والقرب البدني	٢١. تربية حيوانات	٢٢. ساعة
٢٢. المساعدة في عمل شيء	٢٢. ركوب بسكليتة أو دراجة	٢٣. ستيريو
٢٣ تقديم شاي أو قهوة	٢٣. كنس أو تنظيف	٢٤. منبه
٢٤. مناقشات	٢٤. خياطة	٢٥. ترتيب الأثاث
٢٥. إجتماعات عائلية	٢٥. نط الحبل	٢٦. ممتلكات أو حوافز
٢٦، أشياء أخرى:	٢٦. نشاطات أخرى	أخرى:

مثال آخر: يقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابياً (حسب الخطة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل في العلاقات الإجتماعية (مثلاً عندما يلاعب أُخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شيء أو أداء نشاط مفيد).

مثال آخر: تحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أَداؤها دائماً بالنجاح، وإثابته على ذلك لإذاقته طعم النجاح في العمل. ويمكن الإستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة في جدول (٨).

جدول رقم (٨)

قائمة نشاطات يمكن استخدامها لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أدائها دائماً ينتهي بالنجاح			
ترتيب الأواني	غسل وعاء	إطفاء الراديو أو التليفزيون	تنظيف طفل آخر
تقليب الصحيفة أو المجلة	عمل شاي أو قهوة	إطفاء الأضواء	غسل الملابس
وضع بعض الكتب في أماكنها	كنس حجرته	إشعال الأضواء	تجفيف الملابس
الصحيحة	كنس حجرة أُخرى	تنظيف السيارة	تطبيق الملابس
الإستماع إلى أُغنية أو الأخبار	كنس المطبخ.. الخ	الكتابة	ترتيب أرفف
قراءة في جريدة أو خبر	نقل طبق أو صحن لمكانه	تعلم خبرة جديدة	طبخ
أو مجلة	التعاون مع أحد أفراد	حفظ	تذكيرنا بشيء معين
رواية خبر سمعه توًّا	الأسرة في:...	تذكير	... الخ.
ترتيب مكان ...	تشغيل الراديو	شراء أشياء من الخارج	
عمل الواجبات المنزلية	أو التليفزيون		

ج ـ **ساعد الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطىء أو المرضي بحيث يستحيل عند ممارسة هذه النماذج أداء السلوك المرضي.**

مثال: تطلب الأُم من الطفل أن يعطي أخاه الأصغر لعبة لكي يداعبه بها ـ كلما قامت بإرضاع أو ملاعبة هذا الطفل الصغير (هنا لا يمكن أن يكون الطفل عدائياً وودوداً في نفس الوقت).

مثال آخر: لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب يطلب من الطفل تبليل يديه أو ضمهما معاً، أو استخدامهما في أداء أي نشاط أطول مدة ممكنة (لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يداه مشغولتان بشيء آخر).

د ـ الإحتفاظ بسجل يومي للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ ـ إدماج الآباء والإخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن في خطة العلاج وإطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة: تعميم السلوك:

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك يبقى تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية. إذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التي تعلمها في المنزل تحت إشراف مهني إلى مواقف جديدة كالأصدقاء.

ويتطلب ذلك إثارة دوافع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على محادثات إيجابية، والاحتكاك البصري، والتعبير عن الانفعالات بحرية.. الخ..

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الإستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الإيجابية (مثلاً: «لقد أصبح الآن بإمكان أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف أن تفقد أعصابك».

الخلاصة

يشرح لنا هذا الفصل الإجراءات السلوكية المستخدمة في عملية العلاج السلوكي وفق ست خطوات هي: تحديد السلوك المحوري (أي السلوك الذي سيخضع للعلاج) قياس مدى شيوع هذا السلوك، تحديد الظروف أو الحوادث البيئية السابقة لحدوث السلوك واللاحقة له، وضع الخطة العلاجية، بناء توقعات علاجية إيجابية، ثم أخيراً تعميم السلوك الجديد على البيئة الطبيعية، ويمهد هذا الفصل للخطط في الفصل التالي.

الفصل الثاني عشر

خطة سلوكية للتغلب على المخاوف المدرسية

يمثل الخوف من المدرسة أحد المشكلات الرئيسية التي تشكل مصدراً من مصادر الضيق للأُسرة. وعادة ما يأخذ هذا الخوف شكل التعبير عن الإنزعاج الشديد والرعب والتمارض في صباح كل يوم دراسي والنحيب والبكاء والتوسل بالبقاء في المنزل. وسنشرح فيما يلي خطة علاجية يمكن اتباعها للتقليل من هذا النوع من المخاوف أو للقضاء عليه. وعادة ما يمكن القضاء على هذا الخوف في فترة قصيرة (قد تصل ثلاثة أيام في بعض الحالات) إذا ما أمكن استخدام هذه الخطة بشكل منتظم:

الإجراءات العلاجية

١ ـ تكوين علاقة طيبة بالمدرسين والمدرسات والمدرسة، (أو الأطباء، والممرضات والعيادة في حالة الخوف من الطبيب أو العيادة) للتعرف على المشكلة سريعاً وقبل استفحالها.

٢ ـ تجنب التركيز على الشكاوي الجسمية والمرضية. فمثلاً لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا تسأل عن حالته الصحية صباح كل يوم مدرسي. ويتم هذا طبعاً إذا كنا متأكدين من سلامة حالته الصحية، وإلا فعلينا التأكد من ذلك مبكراً أو بشكل خفي.

٣ ـ تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع



شكل رقم ١٩:

للتغلب على المخاوف المدرسية، من المهم عدم مناقشة الطفل عن مخاوفه وأن نصحبه وببساطة للمدرسة ونترك المكان ونمتدحه في نهاية اليوم وبعد عودته لنجاحه في قضاء يومه في المدرسة. ومن المهم أن يكون جو المدرسة ودوداً بحيث لا يتعرض الطفل لصدمات أو عدوان من أساتذته أو زملائه حتى لا تحدث انتكاسات مرضية حادة.

التوضيح لهما أن مخاوف طفلهما ستختفي تدريجياً، وأن العكس صحيح، أي أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه.

٤ ـ إجراء المزيد من اللقاءات مع الأبوين لتخليصهما من قلقهما حول هذه المشكلة ولتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه المدرسية، وفق الخطوط التالية:

أ ـ خلال عطلة نهاية الأسبوع السابق على بدء الذهاب للمدرسة يوجه المعالج الأبوين إلى تجنب مناقشة أي موضوع يتعلق بمخاوف الطفل من الذهاب للمدرسة. فلا شيء يثير مخاوف الطفل أكثر من الكلام عن موضوع الخوف، لأن الحديث عن الخوف أكثر إثارة للخوف من المواقف ذاتها. ويتطلب ذلك أن لا نناقش الذهاب للمدرسة، ولا نناقش معه أعراض خوفه. لا تستخدم أسئلة مثل: هل تشعر بالخوف لأن الذهاب للمدرسة أصبح وشيكاً؟ هل أنت مضطرب أو خائف أو أن قلبك يخفق لأنك ذاهب للمدرسة غداً؟

ب ـ أخبر الطفل بكل بساطة في نهاية عطلة الأسبوع، وبالذات في الليلة السابقة على المدرسة وبدون انفعال وكأمر واقعي بأنه سيذهب للمدرسة غداً.

ج ـ أيقظ الطفل في صباح اليوم التالي، ساعده على ارتداء ملابسه، وتنظيم كتبه وزوده ببعض الأطعمة الجذابة على أن لا تكون من النوع الدسم الذي قد يؤدي إلى الشعور بالغثيان فيما بعد (لاحظ أن الغثيان من أعراض القلق.. وأن إثارته بشكل قصدي أو غير قصدي قد تؤدي إلى إثارة القلق وزيادة حدته).

د ـ خلال فترة الإعداد هذه تجنب أي أسئلة عن مشاعره، ولا تثر أي موضوعات خاصة بخوفه حتى ولو كان هدفك زيادة طمأنينته (لا تسأل مثلاً إن كان يشعر بالهدوء). كل المطلوب أن تأخذه للمدرسة وتسلمه للمشرفين، وأن تترك المكان.

هـ ـ في المساء، وعند العودة من المدرسة إمتدح سلوكه، واثنِ على نجاحه في الذهاب للمدرسة، مهما كانت مقاومته أو سخطه أو مخاوفه السابقة، وبغض النظر عما ظهر عليه من أعراض الخوف قبل الذهاب للمدرسة أو خلال اليوم كالقيء أو الإسهال.

و ـ أبلغه أن غداً سيكون أسهل عليه من اليوم، ولا تدخل في مناقشات أكثر من ذلك. كرر هذه العبارة «إن غداً سيكون أسهل من اليوم» حتى وإن بدا الطفل غير مستعد لتغيير الموضوع.

ز ـ كرر في صباح اليوم التالي نفس ما حدث في اليوم السابق، وكرّر بعد عودته نفس السلوك بما في ذلك عدم التعليق على مخاوفه، مع امتداح سلوكه ونجاحه في الذهاب للمدرسة.

ح ـ عادة ستختفي الأعراض في اليوم الثالث، ولخلق مزيد من التدعيم يمكن أن تهديه في هذا اليوم الثالث شيئاً جذاباً. أو يمكن عمل حفلة أُسرية بسيطة احتفالاً بتغلبه على المشكلة.

ط ـ إستمر في تأكيد العلاقة الإيجابية بالمدرسة لتجنب أي انتكاسات مستقبلية قد تحدث لأي سبب آخر كالعدوان الخارجي من أطفال آخرين أو المعاملة القاسية من مدرسيه وذلك لمعالجة هذه الأشياء أولاً بأول.

الفصل الثالث عشر

خطة للتغلب على اضطرابات الإنتباه لدى الطفل

تشتت الإنتباه عند الطفل من الأشياء التي تعوق التفاعل معه، وتعوق استجابته للبيئة، وبالتالي تعطل من قدراته على التعليم بفعالية. وتشتت الإنتباه في حد ذاته من الأعراض الرئيسية المرتبطة باضطرابات الحركة، ويمثل تحدياً حقيقياً لفاعلية العمليات العلاجية. وتزداد آثاره السلبية خاصة في المدارس بسبب ما يخلقه من صعوبات في إدارة الفصل الدراسي، فضلاً عن مخاطر التأثير على الأطفال الآخرين. وتهدف الخطة العلاجية التالية إلى تركيز الإنتباه وزيادة مداه الزمني تدريجياً، مع ما يصحب ذلك من تزايد الفترات المنقضية في أداء نشاط معين.

يحتاج المعالج أو المعلم أو الأبوان إلى أدوات منها: كرسيين، طاولة (منضدة)، وبعض المدعمات الإيجابية المرغوبة من الطفل (أطعمة، حلوى، ومشروبات)، عدا بعض الأدوات الأُخرى بما فيها ملاعق، شوكة، مفاتيح، مكعبات، كرة، كتاب.. الخ.

يمكن للتدريب أن يتم في أي مكان، ويمكن إنجاز التدريب حتى إذا كان الطفل مع الأطفال الآخرين في الفصل أو المؤسسة.

وتركيز الانتباه مهارة تتكون من أربعة مراحل من السلوك، وعادة ما يكون أي طفل قادر على أداء كل مرحلة منها، ولكنه قد يعجز عن القيام بها في الوقت المناسب وبالترتيب الملائم.

مراحل تشكيل سلوك الانتباه:

تعتمد عملية تدريب الطفل الذي يعاني من تشتت الانتباه على تشكيل سلوكه بشكل منظم حتى يكون قادراً على أداء المراحل الأربع للانتباه وهي:

١ ـ الإستمرار في الجلوس بهدوء لدقائق عدة في وقت محدد

٢ ـ النظر إليك والاستجابة لك عندما تناديه أو تذكر إسمه.

٣ ـ النظر إلى شيء معين عندما تطلب منه ذلك أي في الوقت الملائم.

٤ ـ أداء عمل أو نشاط معين لفترة محددة.

المرحلة الأولى:

بالنسبة للتدريب على **المرحلة الأولى**: أطلب من الطفل أن يجلس على الكرسي الذي يواجهك. إذا استجاب لك وجلس ولو لمدة ٣٠ ثانية قدِّم له مدعماً إيجابياً، مع مدحه، واتجه للمرحلة الثانية.

إذا لم يستجب الطفل، وبدأ ينط ويقفز هنا وهناك، أو أفرط في الحديث أو الحركة، واستمر في سلوكه الفوضوي، فإنك تحتاج لتدريبه على الجلوس بهدوء بالطريقة التالية:

إسأله أن يجلس بهدوء، واجعل سؤالك له مصحوباً بحثه بلطف من ذراعه أو كتفه حتى يجلس لمدة ٥ ثوانٍ. إمتدح ذلك فوراً لفظياً، مع تقديم مدعم ملموس (طعام أو حلوى). إستمر في الطلب إليه أن يجلس بهدوء مع التوقف تدريجياً عن الحث البدني. وفي كل مرة يجلس استمر

في امتداح سلوكه وتدعيمه بنفس الطريقة. لا تقدم المدعمات اللفظية أو الملموسة والطفل يتحرك بشدة أو يهز الكرسي الذي يجلس عليه، إنتظر على الأقل ٥ ثوان لكي يهدأ قبل أن تعطيه التدعيم المطلوب. عندما ينجح الطفل في الجلوس بهدوء لمدة ٥ ثوان، إبدأ تدريجياً في زيادة هذه الفترة بخمس ثوان في كل مرة حتى يبلغ طول الفترة ٣٠ ثانية، وتجنب زيادة هذه الفترة بشكل مفاجىء أو سريع، وكن صبوراً. وفي كل مرة يحدث فيها السلوك الصحيح (الجلوس بهدوء للفترة المحددة) قدم التدعيمات اللفظية بسخاء. ويجب أن لا تستغرق جلسة التدريب أكثر من ١٠ إلى ١٥ دقيقة. بل يمكنك أن تطلب من الطفل أن يغادر كرسيه ويتجول بالغرفة كل دقيقتين أو ثلاث. ولكن تأكد أن يتم ذلك بعد أن يكون الطفل قد جلس بهدوء لوقت ملائم. انتقل للمرحلة الثانية بعد أن يصل الطفل للسلوك المحوري وهو الجلوس بهدوء لمدة ٣٠ ثانية.

المرحلة الثانية:

ويتطلب التدريب في المرحلة الثانية تدريب الطفل على النظر إليك عندما تنادي إسمه ويتم ذلك وفق الخطوط التالية:

إسأل الطفل أن يجلس كما تدرب على ذلك. عندما يجلس بهدوء أنطق إسمه عالياً. إذا نظر لك الطفل ولو لفترة خاطفة ثانية أو ثانيتين، قم بتدعيمه فوراً. لا تقم بالتدعيم إذا كان الطفل يفرط في الحركة.

إذا لم ينظر الطفل إليك عندما ناديت إسمه، فإنك تحتاج إلى تدريبه على شكل هذه الإستجابة.

عندما يجلس الطفل أطلب منه أن ينظر إليك: «محمد أنظر إلي». قم بتدعيمه حالما يوجه نظره إليك، واستمر في هذا الإجراء. ففي كل مرة ينظر إليك قم بتدعيم ذلك السلوك فوراً. حاول بعدئذ أن تزيد تدريجياً الوقت الذي يمر بين بدء النظر إليك وتقديم الدعم لتزيد فترة نظره إليك، إلى أن يصبح قادراً على النظر إليك لمدة ٥ ثوان عندما تنطق إسمه.

إذا لم يحدث ذلك ولم ينظر إليك عندما تنادي إسمه. كرر الطلب: «محمد أنظر إلي»، ولكن أضف هذه المرة الحث البدني بوضع إصبعك أسفل ذقنه ولوي رأسه برفق حتى يتمكن من رؤيتك. قم بتدعيمه فوراً. ضع المدعم أمام عينيك ثم قدمه له حالما ينظر إليه، ومن ثم ينظر إلى وجهك وعينيك.

كرر هذا الإجراء السابق القائم على الحث اللفظي والبدني مع التدعيم الفوري حتى يتمكن الطفل من الوصول للإستجابة الملائمة (النظر إليك عندما تنطق إسمه). تخلص تدريجياً من الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر إليك من خلال الحث اللفظي فقط. تذكر أن تخفض تدريجياً المدعم من مستوى عينيك حتى تتأكد من أن الطفل أصبح قادراً على النظر إليك وليس النظر للمدعم فحسب.

استخدم نفس الإجراء لزيادة الوقت المنقضي في الجلوس بهدوء. وعندما يكون الطفل قادراً على ذلك مع النظر إليك عندما تنطق إسمه توجه للمرحلة الثالثة.

المرحلة الثالثة:

في المرحلة الثالثة يتم تدريب الطفل على النظر لبعض الموضوعات أو القيام ببعض النشاطات البسيطة عندما تطلب منه ذلك. ولكي يتم التدريب بنجاح ينبغي إتباع الخطوات التالية:

ضع واحدة أو أكثر من الموضوعات أو الأدوات التي سبق إعدادها، ملعقة أو مفتاح أو كتاب أو كرة.. الخ. إسأل الطفل أن «يجلس» وأن «ينظر إليك» كما في الخطوة الأُولى والثانية. إسأله بعدئذٍ «أن ينظر إلى الكرة» (مثلاً) بينما أنت تشير بإصبعك إليها. دعم الطفل لفظياً وبدنياً فوراً إذا ما استجاب لك بالنظر إلى الكرة.

إذا لم يحدث ذلك. استخدم أسلوب الحث البدني بالطريقة السابقة، أعد طلبك له بأن ينظر إلى الكرة، وأنت في نفس الوقت تلوي رأسه

برفق لكي يكون من السهل عليه أن ينظر لها. كرر نفس الإجراء في المرحلة الثانية أي بأن تجعل المدعم قريباً من الموضوع الذي تريد من الطفل أن ينظر إليه. ثم قم بالتدعيم فوراً. حاول أن توقف تدريجياً الحث البدني حتى يتمكن الطفل من النظر للشيء المطلوب كاستجابة للتعليمات اللفظية فحسب، وبدون مساعدة منك. تذكر: يجب أن يكون الطفل جالساً وبهدوء خلال الإستجابة حتى تعطيه المدعم. وعندما يحدث ذلك، علمه أن يمارس نشاطات معينة إستجابة للتعليمات التي تليتها عليه كما في الخطوة الرابعة.

المرحلة الرابعة:

في الخطوة الرابعة يتم تدريب الطفل على أداء نشاط معين لفترة زمنية بسيطة تزاد تدريجياً بنفس الطرق التي استخدمناها في الخطوات الثلاث السابقة:

أطلب من الطفل أن يؤدي نشاطاً بسيطاً باستخدام الأدوات الموضوعة على المنضدة مثل: رص المكعبات، وضع الأدوات في صندوق، تجميع أشياء بسيطة.. الخ.

أطلب منه أن يجلس وأن ينظر إلى الأشياء المطلوبة. ثم قل له «محمد أُريدك أن تضع هذه الأشياء في هذا الصندوق»، وأشر كالعادة بأصابعك إلى الأشياء ثم الصندوق، وإذا فعل الطفل ذلك قدِّم التدعيم المرغوب فوراً. إستمر في التدعيم كل ٣٠ ثانية خلال قيام الطفل بأداء النشاط المطلوب: وهي نقل الأشياء المطلوبة إلى الصندوق. إذا توقف الطفل عن النشاط. إنتظر لبعض الثواني، وكرر طلبك له بأن ينقل الأشياء إلى الصندوق. دعم فوراً حالما يعاود الاستجابة، واستمر في التدعيم كل ٣٠ ثانية إذا استمر في أداء النشاط المطلوب.

إذا لم يستجب الطفل منذ البداية للقيام بالنشاط الذي طلبته منه، استخدم الحث اللفظي مع الحث البدني بأن تمسك يديه برفق وتوجههما إلى الأشياء المطلوب عملها، ولكن تجنب إرغام الطفل

على ذلك، ودعم حالما يستجيب. ثم استمر في التدعيم كل ٣٠ أو ٤٠ ثانية إذا ما استجاب الطفل. قلل تدريجياً الحث البدني حتى تصل به إلى الإستجابة للقيام بالنشاط المطلوب عند إعطاء التعليمات. إعمل تدريجياً على زيادة الفترة المنقضية قبل تقديم المدعم.

وإذا راعيت هذه التعليمات السابقة، وأخذت تنتقل تدريجياً من مرحلة إلى المرحلة التي تليها، وإذا عملت على زيادة الوقت المنقضي بين ظهور النشاط وتقديم التدعيم تدريجياً وبصبر ودون إرغام فسيكون بإمكان الطفل أن يستجيب للتعليمات المطلوبة وأن يستغرق في أداء الأنشطة المختلفة لمدة ١٠ دقائق على الأقل في كل مرة.

الفصل الرابع عشر

خطة لضمان الإستمرار في التغيرات السلوكية الإيجابية للعلاج

إن قضية الإستمرار في التغيرات العلاجية والإيجابية التي ننجزها مع الطفل قضية جوهرية لا تقل من حيث الأهمية عن تنفيذ خطط العلاج نفسها. وتبرز أهمية هذه القضية إذا تذكرنا أن كثيراً من الإنجازات العلاجية التي نحصل عليها بطريقة العلاج النفسي، سلوكياً كان أم تقليدياً، قد تختفي بسرعة إذا لم نستمر في تقوية السلوك الجديد.

وتتبع خطتنا في ذلك نفس الخطوط السلوكية العريضة التي استخدمناها في اكتساب السلوك الجديد. وعلينا هنا أن نتذكر أن عدم تدعيم السلوك أو عدم الاستمرار في تدعيمه بعد اكتسابه يعني أننا نتجاهله، وأن التجاهل يؤدي إلى الإنطفاء أي توقف السلوك الإيجابي. وإذا كنا نوصي باستخدام التجاهل للتخلص من السلوك التدميري أو المرضي فإننا بنفس الزخم نحذر من استخدام التجاهل، وإن عفواً، في حالة السلوك الإيجابي لأن هذا سيؤدي إلى توقفه وانطفائه. ولهذا نوصي بالخطة التالية لتأكيد الاستمرار في التغيرات العلاجية:

الخطة :

١ ـ الآن وقد تعلم الطفل أن يحاكي تصرفاتك، وأن يستجيب لتعليماتك، أو أن يقوم بأي تصرفات أُخرى مرغوبة، يبقى عليك أن تستمر في امتداح سلوكه الجديد المكتسب بين الحين والآخر. إن الإستمرار في استخدام كلمات مثل «شكراً» بين الحين والآخر عندما يقوم الطفل بالنشاط المطلوب كفيل بأن يضمن استمرارية ذلك النشاط.

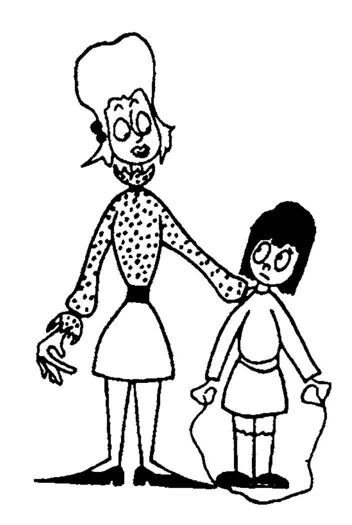
٢ ـ وننصح بشكل عام تجنب التعليقات السلبية، أو خلق توقعات سلبية. فمن الأفضل أن نحجم عن استخدام كلمات مثل «لا».. «هذا خطأ».. «بدأتَ من جديد تعود إلى العنف».. الخ. فاستخدام مثل هذه الكلمات تذكر الطفل بفشله السابق، وربما تؤدي إلى إثارة نفس السلوك الذي كانت تثيره من قبل وهو الفشل، وكذلك تؤدي إلى الإقلال من الدوافع والنشاط الإيجابي. علاوة على ذلك فإن هذه التعليقات التي تأتي عادة بعد الحدوث العرضي للسلوك قد تمثل إهتماماً بذلك السلوك يدعّمه ويقويه، كما سبق وأن ذكرنا.

٣ ـ وننصح بالإستمرار في الحث اللفظي لتوجيه انتباه الطفل وضبط هذا الإنتباه وجعله محصوراً بالنشاطات المرغوب أدائها.

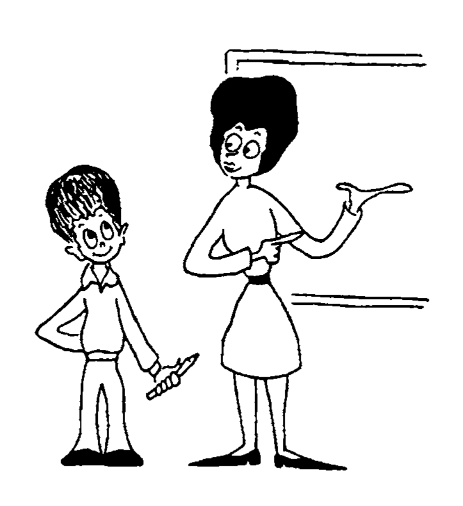
٤ ـ على أن الحث اللفظي يجب أن يكون متسقاً، خاصة إذا كان القائم بالتدريب أكثر من شخص واحد.

٥ ـ كما أنه يجب الاستمرار أيضاً في تجاهل السلوك السلبي أو أنماط التعلم القديمة وتبنيه كفلسفة عامة.

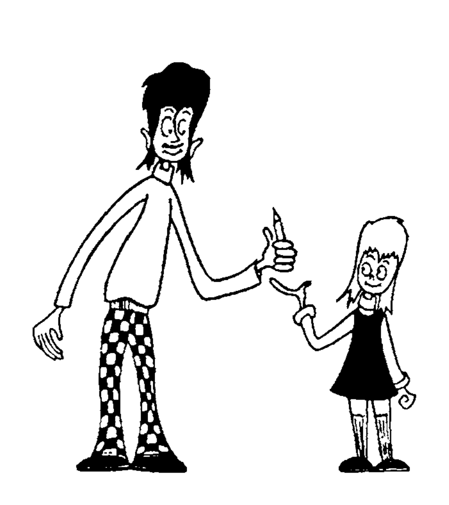
وقد تبدو هذه التوجيهات بديهية وبسيطة، وهذا صحيح، ولكن بديهيتها وبساطتها تجعلها قوية الفعالية، لأن بالإمكان الاستمرار فيها، واستخدامها في تشجيع السلوك المكتسب على الاستمرار وتعميم هذا السلوك إلى مواقف، أي أوقات وأماكن جديدة وممتدة، أقرب إلى المواقف الحقيقية التي يتفاعل معها الطفل عادة.



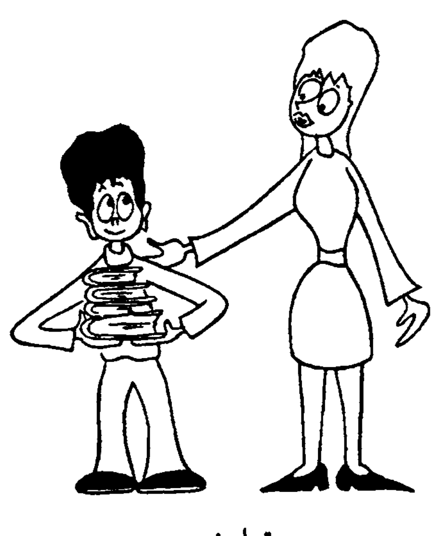
«إستمري فإن هذا جهد ممتاز»



«إن عملك أدى إلى نتائج رائعة حقاً»



مشاركة



تعاون

شكل رقم ٢٠:

من المهم بعد تحقق بعض التغييرات الإيجابية في السلوك الشخصي والاجتماعي للطفل أن تستمر في تدعيمه لأن ذلك سيؤدي إلى تقوية السلوك الجديد وزيادة انتشاره. ويحذر علماء العلاج السلوكي من تجاهل السلوك الإيجابي كالتعاون والمشاركة وتحمل المسؤولية لأن تجاهل هذا السلوك الإيجابي يؤدي إلى انطفائه.

الفصل الخامس عشر

برنامج للتدريب على مقاومة التبول اللاإرادي وضبط المثانة

أ ـ نهاراً:

عندما يبلغ الطفل عامه الثاني أو الثالث يصبح قادراً على ضبط مثانته، ويمكن أن يحافظ على نفسه بدون تبليل ملابسه ببوله. إلا أنه يحتاج بالطبع إلى التدريب. ويمكن إتمام هذا التدريب خلال أسبوعين أو ثلاثة. وسنشرح فيما يلي برنامجاً يحقق هذا الغرض:

(١) قم بتصميم جدول للمكافآت يشبه الجدول التالي:

جدول المكافآت الرمزية

الاسم:................ العمر:................ التاريخ:................

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة معناها أن الطفل:....

(٢) علق الجدول في مكان بارز.

(٣) اشتر بعض الهدايا البسيطة، مستخدماً جدول التدعيمات الموجود في هذا الكتاب، (جدول ٣) بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية. إشتر أيضاً بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

(٤) إشرح للطفل البرنامج بعبارات بسيطة مثل «أُريد أن أُساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك، وأن تبقى جافاً طوال اليوم. وفي كل مرة تذهب إلى الحمام، سأضع لك نجمة مثل هذه على هذا الجدول، وستحصل أيضاً على هدية تحب أن تملكها أو تأكلها. ولنبدأ من الآن».

(٥) إذا ذهب فعلاً إلى الحمام للتبول، إمتدح ذلك لفظياً وعلق على ذلك بأن هذا جيل وأنه الآن يستحق أن تلصق له نجمة (وقم بلصق النجمة في المكان المناسب.. واسأله ماذا يريد أن تكون هديته.. من قائمة الهدايا الموجودة لديك).

(٦) أعلن في آخر اليوم مع بقية أفراد الأُسرة بأنه قد نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة وأعد امتداح سلوكه وتعاونه.

(٧) في الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه ضع نجمتين إضافيتين.

إذا رفض الطفل أن يذهب للحمام، لا ترغمه ولا تسخر منه، ولا تغضب، ولكن حثه لفظياً، واستمر في عملية التدعيم بالشكل السابق، وإذا لم يستجب للحث اللفظي لا تغضب ولا تؤنب بل أضف بعض الحث البدني بربت خفيف ولطيف، وقل «هيا سآخذك إلى هناك». كافىء أي مظاهر دالة على الإستجابة الإيجابية كما في الخطوات السابقة.

في الأيام التي تمر دون أن يبلل نفسه استمر في مضاعفة التدعيم بإضافة نجمتين وامتدح هذا السلوك في نهاية اليوم علناً أمام بقية أفراد الأُسرة، ثم اسأله كيف يريد أن تكون مكافأته من قائمة الهدايا الموجودة أو

من هدايا خارجية يمكن شراؤها.

توقف تدريجياً عن تقديم الهدايا بزيادة عدد النجوم لكل هدية، ولكن استمر في امتداح السلوك، وفي إضافة النجوم إلى أن تتحول هي إلى مصدر للتدعيم الرئيسي.

في الأيام التي يبلل فيها الطفل نفسه، لا تغضب ولا تؤنب، بل كن هادئاً واكتف بتعليق بسيط، «لقد نسيت اليوم وبللت نفسك، دعني آخذك للحمام حتى أُبين لك كيف تقوم بنظافة ملابسك».

أطلب منه أن يخلع ملابسه المبتلة وأن يضعها في المكان المعد للغسيل.

ب ـ التبول الليلي:

ويستخدم البرنامج التالي في حالة التبول اللاإرادي أثناء النوم. وهو يتميز كسابقه بالبساطة. وربما يحقق النتيجة المرغوبة منه في فترة قصيرة. وإذا لم ينجح فإن من الممكن استشارة أحد المتخصصين للبحث عن طريقة أُخرى. إلا أنه من المهم عدم اللجوء إلى الضغط على الطفل من أجل تحقيق الهدف وعدم الشعور بالقلق إن لم يتحقق الهدف في وقت قصير، فهناك نسبة لا بأس بها من الأطفال لا يتمكنون من السيطرة على التبول الليلي لعدة سنوات. كما أنه من المهم عدم اللجوء إلى تحقير الطفل كوسيلة لحثه على التوقف فالتأثير السلبي في هذه الحالة سيكون كبيراً على تنمية ثقة الطفل بنفسه.

يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ويحتاج لنفس المواد بما فيها جدول المكافآت والنجوم اللاصقة، والهدايا والمدعمات المحسوسة. تشرح الأُم أو الأب للطفل أو الطفلة البرنامج بعبارة بسيطة مثل: «واضح أنك الآن كبرت وبدأت تنمو وتنضج.. وأعتقد أنك تريد أن نساعدك لتتوقف

عن عملية التبول أثناء الليل. . فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك. وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت، ولهذا نريدك أن تختار الأشياء التي تعجبك أو تحب أن تكون لديك من هذه القائمة (قائمة المدعمات)».

والآن إذا مرت هذه الليلة دون أن تبلل فستحصل على مكافأتك فوراً في الصباح إذ ستحصل على نجمة ذهبية في هذا الجدول المعلق هنا.

قدّم المدعم المطلوب في اليوم التالي مباشرة إذا نجح الطفل في الحفاظ على عدم تبوله.

ويمكن رفع عدد النجوم المطلوبة لكل هدية تدريجياً إلى أن تصل لوقت يمر فيه بضعة أيام قبل أن يتمكن من صرف النجمات لشراء هدية أو التمكن من ممارسة نشاط أسبوعي أو شبه أسبوعي مع والده أو أحد من الكبار في عائلته وكان يمارسه في السابق على أي حال بشغف.

إمتدح السلوك أمام أفراد الأُسرة كل مرة ينجح فيها. وإذا فشل الطفل في يوم من الأيام، لا تقم بتأنيبه أو نقده، بل دعه يضع الملابس والأغطية المبللة في المكان المعد للغسيل.

تذكر أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر.

استمر في تطبيق البرنامج حتى ينجح الطفل في المحافظة على نفسه أثناء الليل دون أن يبلل نفسه لعدة أسابيع.

الباب الرابع

نماذج من حالات العلاج السلوكي للطفل

الفصل السادس عشر: حالة الطفلة التي عانت من الصعوبات الدراسية وتشتت الإنتباه

الفصل السابع عشر: حالة الطفل المكتئب (الإنتحاري)

الفصل الثامن عشر: حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

الفصل التاسع عشر: إيقاع الأذى بالنفس

الفصل العشرون: حالة الطفل الخجول المنعزل

الفصل الحادي والعشرون: حالة الطفلة المذعورة

الفصل الثاني والعشرون: حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته: (قصة من النجاح الأكاديمي)

الفصل الثالث والعشرون: حالة الطفل ذو السلوك الاجتماعي التدميري

الفصل الرابع والعشرون: التغلب على مشكلة تبول لا إرادي بالطرق السلوكية

الفصل الخامس والعشرون: طفل شديد العناد، ملحاح، وسهل الإستثارة (أسلوب ملطف للتغلب على مشكلات صعبة)

الفصل السادس والعشرون: حالة تعاقد حولت أسرة من التنافر إلى التماسك

مقدمة الباب الرابع

أخبرني سأنسى
أرني فقد أتذكر
ولكن أدمجني فسأعي وأفهم

مثل صيني

يتكون هذا الباب من إحدى عشر فصلاً، يمثل كل فصل منها دراسة منفصلة لحالات مرضية نموذجية مستقلة منها الاكتئاب، والخجل، والذعر، والتخلف الدراسي والعقلي، والسلوك التدميري.. إلخ. ويختتم هذا الباب بفصل عن العلاج السلوكي بالتعليم الملطف لطفل عانى من صعوبات واضطرابات متعددة المصادر. ويبدأ كل فصل منها بشرح لطبيعة كل مشكلة وحدود تأثيرها في سلوك الطفل، وعوامل ضبطها بشكل عام مع بعض النصائح والتوجيهات لضمان النجاح في العلاج وتعديل السلوك.

وقد راعينا في اختيارنا لهذه الحالات أن تمثل عينات متنوعة لاضطرابات سلوكية بعضها يمثل نماذج لحالات من البيئة العربية والبعض الآخر لعينات واردة من الغرب أشرنا إلى مصادرها في الموقع الملائم. كذلك راعينا في الطرق التي استخدمت في العلاج أن تمثل قطاعاً متنوعاً من الأساليب المرتبطة بالنظريات الأربع الرئيسية في التعلم والعلاج السلوكي. ومن ثم سيجد القارىء أمثلة للتدعيم وتعديل أخطاء التفكير والتعليم الملطف وتدريب المهارات الاجتماعية فضلاً عن أساليب تشريط السلوك.

الفصل السادس عشر

الطفلة التي عانت من الصعوبات الدراسية وتشتت الإنتباه

«عالية» طفلة تبلغ من العمر ست سنوات. رأيناها لأول مرة وكانت في سبيل أن تلتحق بالصف الأول الإبتدائي. وكان هناك إهتمام واضح من قبل أُسرتها لمعرفة ما إذا كان بإمكانها مسايرة زميلاتها في الدراسة بسبب صعوبات في تعلم القراءة والكتابة وتآذر العضلات الرقيقة، والتشتت السريع والعجز عن التركيز.

عندما رأينا «عالية» في المرة الأُولى كان من الواضح أنها على قدر كبير من الإيجابية والنشاط، ولم تبدر منها أي دلائل مرضية خطيرة. فهي تستجيب للأسئلة بطريقة ملائمة، وتعرف ما حولها جيداً، ولم يكن هناك ما يدل على وجود مخاوف أو مشكلات إنفعالية أو سلوكية خاصة. بل كانت هناك على العكس علامات تدل على تفوقها في عمليات التفاعل الإجتماعي مما أضفى عليها جاذبية خاصة. إلا أنه بدرت منها بعض العلامات الدالة على التشتت السريع في الانتباه والتبرم من بعض أنواع النشاط التي تحتاج لإستغراق وانتباه للتفاصيل الدقيقة.

الإختبارات التي طُبِّقت على «عالية»:

(١) إختبار «كولومبيا» للنضوج العقلي لتقدير مستوى الذكاء.

(٢) إختبار تذكر الأشكال لقياس القدرة على التذكر.

(٣) إختبار «فاينلاند» للنضوج والذكاء الإجتماعي.

(٤) إختبار «بندر جشتالت» للتآذر لاستبعاد دور العوامل العضوية في الصعوبات التي تعاني منها الطفلة.

وبناءً على نتائج اختبارات الذكاء والنضوج العقلي وما تجمع لدينا من ملاحظات وجدنا أن «عالية» من ناحية التفكير والذكاء تقع في فئة عادية في بعض الاختبارات (إختبار كولومبيا) وفي فئة أعلى من المتوسط في البعض الآخر (كاختبار فاينلاند للذكاء الإجتماعي)، إلا أنها حصلت على درجات منخفضة في الاختبارات التي تتطلب انتباهاً وتركيزاً دقيقاً على التفاصيل والتذكر القريب.

وتوحي هذه النتائج في عمومها أن مشكلة «عالية» لا ترجع بأي حال من الأحوال إلى تخلف أو إعاقة عقلية، بل ترجع إلى صعوبات في التعلم Learning disabilities. ولهذا سنركز - في بقية هذا التقرير على طبيعة هذه الصعوبات وعلى إعطاء بعض التوجيهات المحددة التي كانت لها فائدتها القصوى في تطور الخطة العلاجية.

جوانب القوة:

(١) نضوج إجتماعي واضح.

(٢) الميل للمبادرة والقيادة.

(٣) الخلو من التشخيص السيكياتري (فهي ليست عصابية أو ذهانية كما أنها ليست متخلفة).

(٤) النشأة في أُسرة ذات مستوى ثقافي وتعليمي مرتفع وتشجع النجاح الأكاديمي والمهني.

(٥) إهتمام واضح من قبل الأُسرة، ووجود دافع قوي لدى الأُم بشكل خاص لمتابعة التعليمات ومسايرة خطة التدريب بحكم عملها كمدرسة.

المشكلات التي تحتاج للمتابعة والتدريب:

تتركز المشكلات الرئيسية في صعوبات تعلم خاصة في النشاطات ذات الطابع الأكاديمي أو الدراسي. ونعتقد أن أكبر صعوبتين عانت منهما «عالية» وقت العلاج كانتا:

(١) التشتت السريع للإنتباه وضعف التركيز في النشاطات التي تحتاج لفترة طويلة من التركيز. فهي لا تكمل ما تبدأه، ولا تهتم أحياناً بالتعليمات، وتتجنب أو تتحايل في البعد عن أداء الأعمال، خاصة إذا كانت قريبة من موضوعات دراسية أو ما يماثلها من الأعمال التي تتطلب انتباهاً طويل المدى. ويبدو لنا أن السبب في ذلك يرجع إلى القلق أو الخوف من الفشل، ربما لكون أن أبويها كثيري الانتقاد لما تقوم به من أعمال. فخوفها من أداء العمل بصورة ناجحة (أو كاملة) يدفعها إلى تجنب التعامل مع العمل الأصلي أساساً خوفاً من التوتر النفسي الذي قد يثور. وعموماً فإن هذا الجزء من المشكلة سنضعه تحت فئة ما يسمى بصعوبات الانتباه[1].

(٢) كذلك لاحظنا أن هناك جانباً آخر من شخصية «عالية» يستحق الاهتمام وهو وجود صعوبة واضحة في تحمل الإحباط. صحيح أن هذا الجانب لا يتعلق مباشرة بالنشاط الدراسي أو الأكاديمي، إلاّ أنه يخلق ظروفاً من شأنها أن تعوق النمو في هذه النشاطات. فنتيجة لهذه السمة فإن «عالية» كثيراً ما تتنقل بسرعة من موضوع لآخر، وتندفع لإعطاء إجابات قبل أن تعطيها حظها من التفكير.

الخطة العلاجية

للتغلب على الصعوبات السابقة ولإعانة «عالية» على النمو الدراسي دون خلق مصاعب إنفعالية، ركزنا توجيهاتنا على ثلاثة جوانب:

---

(١) Attention difficulties

(أ) جو التعلم والتدريس (الجو التعليمي).

(ب) زيادة التركيز والانتباه والدافع للعمل الدراسي.

(ج) زيادة قدرتها على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعوبات، وبالتالي تدريبها على التأمل والتفكير قبل القفز إلى الإجابة.

(أ) الجو التعليمي

حيث أنه من الضروري مساعدة «عالية» بشكل عام على تنظيم وقتها والإستفادة بقدر الإمكان من الوقت المتاح للدراسة فإننا قمنا بتنفيذ الخطة التالية:

(١) عمل جدول لها بعد العودة من الدراسة مباشرة بحيث يحدد هذا الجدول وقتاً لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسة، ووقتاً للعب، ووقتاً لمساعدة الأم (أو غيرها) في بعض النشاطات المنزلية. ونصحنا بأن يبدأ الجدول بعد الانتهاء مباشرة من تناول طعامها بعد عودتها للمنزل وأن تكون أولى فقراته (لمدة ساعة مثلاً) هو الانتهاء من الواجب والإعداد للدرس القادم في اليوم التالي من الدراسة. وبعد إنتهاء هذا الوقت تشجع «عالية» على اللعب والحركة لساعة أخرى مثلاً. على أن لا يتم أثناء ذلك التعرض بالمرة لموضوعات الدراسة. ويمكن بالطبع تحديد وقت للتليفزيون، ولو أننا نصحنا بالتركيز على النشاطات الحركية التي تتطلب جرياً أو سباحة أو حركة. ويمكن الإستعانة بالأم (أو غيرها) في هذا التطبيق.

(٢) التجاهل الكامل للأشياء السلبية، وقد بينا للأبوين أن هذا لا يعني تجاهل الطفلة كشخص، ولكن المقصود هو تجاهل التركيز على جوانب الضعف أو القصور لديها.

(٣) أكدنا على الأبوين أنه يجب تقديم التشجيع الإيجابي للإنجاز، مهما صغر، كما يتمثل في الإستجابة للتعليمات بدقة، والإنتهاء من النشاط أو العمل المحدد مع تجاهل كل السلبيات الأخرى التي قد تحدث بين الحين والآخر.

(٤) ركزنا على إنجاز وحل مشكلة واحدة أو إثنتين فقط في كل مرة، ونظراً لأن المشكلة الأساسية للطفلة هي مشكلة القراءة وصعوبة التعرف على الحروف أو الكلمات أو الجمل، فإن من الواجب التركيز في كل مرة على تعريفها بحرف واحد أو حرفين كتابة وقراءة مع مكافأتها على ذلك، ثم الإنتقال بعد ذلك تدريجياً إلى موضوعات أخرى خلال الجلسة.

(٥) أن يكون المكان المعد للعمل خالياً من كل المشتتات، فيرتب الجلوس بحيث يكون إلى طاولة، لا يوجد عليها إلا الورقة والقلم والكتب، في مواجهة الحائط، في أحد أركان الحجرة. كما يفترض أيضاً أن لا تكون هناك مشتتات صوتية من المنزل مثلاً صوت تليفزيون أو راديو في ذلك الوقت.

(٦) وبما أن عالية تحب أن تكون محاطة بالآخرين فقد اقترحنا أن يتم العمل مع «عالية» بشكل ثنائي إما مع الأم أو الأب. ويساعدها العمل بهذا الشكل على إلتقاط جوانب التشجيع ومساعدتها على تنظيم الذهن، كما أنه يخلق أمامها فرصاً للتفاعل والاهتمام من قبل الأسرة.

(٧) أكدنا على أن من المفروض أن لا ينتهي وقت الدراسة بمسألة صعبة أو معقدة، إذ يجب إعطاؤها دائماً شيئاً تستطيع النجاح فيه في نهاية كل فترة حتى لا نخلق إحباطاً أو فشلاً. كذلك طلبنا من الأبوين تجنب الغضب عندما يبدو أنها تعاني من صعوبة تكرار أو أداء عمل مهما بدا بسيطاً لهما. بل نصحنا في هذه الحالة بأخذ ثلاث أو خمس دقائق راحة لكلا الطرفين نبدأ بعدها بروح من الحماس والتشجيع.

(٨) بينا للأبوين أن من المستحسن تجزيء وتقسيم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال الصغيرة البسيطة بحيث تتم مكافأتها، بنجمة مثلاً، على أداء هذه الأعمال البسيطة.

(٩) أكدنا كذلك على جعل عملية التعلم شيقة ومصدراً للمتعة.

(١٠) كما أكدنا على ضرورة امتداح العمل من حيث جودته والوقت الذي قُضي فيه سواء نجحت الطفلة أم لم تنجح.

(ب) زيادة التركيز والانتباه للتفاصيل

طلبنا من الأبوين ضرورة توفير المواد الآتية:

(١) أدوات مدرسية، كراسات، أقلام تلوين، أوراق ملونة (أستيكة، مسطرة، . . الخ).

(٢) كتب بسيطة لتعليم القراءة والتعرف على الحروف والكلمات.

(٣) نجوم لاصقة بألوان مختلفة.

(٤) كراسة مكافآت.

(٥) مقص وألوان مائية، وصلصال.

(٦) مكافآت صغيرة مخبأة في مكان لا تصل إليه الطفلة مثلاً قطع شكولاتة، أو أي ملبوسات أو مأكولات تحبها «عالية». . (يمكن الاستعانة في ذلك بقائمة التدعيمات في الجدول رقم ١١).

(٧) عداد أرقام أو سبورة.

ولزيادة الرغبة في التركيز والإنتباه صممنا التدريبات التالية:

التدريب الأول: الاطلاع على كل الحروف الأبجدية لمعرفة الحروف التي تعرفها والحروف التي لا تعرفها.

- إعط الطفلة قائمة من الكلمات البسيطة تشمل في البداية الكلمات التي تتكون من حرفين (مثلاً ـ أب ـ أم، أخ، ند ـ الخ).
- أطلب منها أن تتعرف على كل حرف، وإذا تعرفت على أي حرف فالصق لها «نجمة» في كراسة خاصة بالمكافآت. أما إذا لم تتعرف على الحرف فتجاهل ذلك وأنطق أمامها الحروف وأطلب منها أن تكررها وإذا كررتها فالصق لها نجمة، وبين لها أن كل نجمة تحصل عليها ستكون لها قيمة فيما بعد لأنها ستحول لشيء تحبه أو لمكافأة.

ثم إنتقل بعد ذلك لقوائم كلمات من ثلاثة حروف أو أربعة، واستخدم أسلوب النجمة في كراسة المكافآت.

التدريب الثاني: لزيادة الانتباه:

وصف الصور: إجمع مجموعة من الصور المتباينة من الكتب أو المجلات واطلب من الطفلة أن تصف كل ما ترى في هذه الصور، وكافئها على كل تفصيل أو شيء تذكره الطفلة بنجمة في كراسة المكافآت.

التدريب الثالث: وصف التفاصيل من الذاكرة:

إعرض صورة أمام الطفلة لمدة ١٠ ثوان ثم خبئها، واطلب منها أن تذكر ماذا رأت في الصورة. إعط لها «نجمة» لكل تفصيل تذكره من الذاكرة. إعرض الصورة من جديد واطلب منها أن تصف ما تراه في الصورة وهكذا. إعط لها نجمة لكل تفصيل تذكره، إلا أنه يجب أن تكون قيمة هذه النجمة نصف قيمة النجمة التي حصلت عليها مقابل تذكر التفاصيل، ومن ثم فإنه يجب أن يكون لون النجمة مختلفاً عن النجمة في الحالة الأولى.

التدريب الرابع: التصنيف:

أطلب من الطفلة أن تجمع في كراسة مستقلة كل الصور التي تنضوي تحت موضوعات معينة. . فمثلاً: حيوانات أو طيور أو أناس أو مشاهد طبيعية. قسّم الكراسة لها بحيث تخصص عدداً من الصحفات لكل فئة من هذه الفئات. ثم اطلب منها أن تقص صوراً وأن تضعها تحت كل فئة وتلصقها بالصمغ أو ورق اللصاق في المكان المناسب من الكراسة. إعط نجمة أو نجمتين لكل شيء تنجح في قصه أو لصقه في المكان المناسب.

التدريب الخامس: تجميع الصور المتقطعة:

إعطيها صوراً متقطعة في شكل مكعبات منفصلة عن بعضها، واطلب منها تجميعها، وكافئها على الوقت الذي قضته في حل وتجميع هذه الأشياء، وليس على الدقة، بإعطائها نجمة لكل دقيقة تستغرقها في أداء هذا

النشاط ونجمة للأشياء أو القطع الموضوعة في مكانها الصحيح.

التدريب السادس: كشف أوجه الشبه والاختلاف في مجموعة من الكلمات:

ولد.. دلو ـ مثلاً.. كافىء وشجع ولكن تجاهل الخطأ.

التدريب السابع: التعرف على الحروف في النص:

أطلب من الطفلة مثلاً أن تضع دائرة حول حرف الألف أو الباء أو أي حرف آخر في نص مكتوب، وكافئها بنجمة على كل دائرة صحيحة. ركز في كل درس على خمسة حروف أو أقل. وأفصل ما بين الحروف المتشابهة. فلا تجمع بين حرف «ج» و«خ» أو «ق» و«ف» في درس واحد، بل من الأفضل أن تجمع بين «ج» مع «أ» أو «ر»، وذلك تجنباً للخلط بين الحروف وعدم التبلور الجيد للحرف والتداخل.

التدريب الثامن: التعرف على كلمات:

أكتب لها مثلاً كلمة «أب» واطلب منها أن تضع دائرة حول كلمة «أب» في نص مكتوب، وكافىء كل دائرة في مكانها الصحيح بنجمة.

التدريب التاسع: نسخ الحروف بالأصابع:

أطلب منها أن تكتب حرف الألف بأصابعها وليس بالقلم بغمس أصابعها في ألوان ـ كافىء الدقة. أمسك بأصابعها بين يديك وساعدها على رسم الحرف أو الكلمة الصحيحة. أرسم أمامها الحروف بنفسك واطلب منها ملاحظتك وأنت تفعل ذلك. إلى أن تتمكن من عمل نفس الشيء بنفسها، واعطها نجمة وكلمات تشجيع لذلك.

إن التكرار وإعطاءها الوقت الكافي لإنجاز العمل مهمان للغاية، فهذا يحوّل الدراسة إلى موضوع شيق للعب وليس واجباً ثقيلاً.

التدريب العاشر: الانتقال للقلم بعد الأصابع ولكن من خلال عملية الشف:

أطلب منها أن تشف الحروف بالقلم وكافىء وشجع جهدها هذا باستخدام كراسة المدعمات.

التدريب الحادي عشر: زيادة الانتباه لكلمات مسموعة:

يمكن أن تستخدم لذلك شريط كاسيت[1] يتضمن مجموعة من الكلمات. أطلب منها أن تسمع ثم أن تعيد بعض الكلمات التي سمعتها. كافىء كل كلمة بنجمة أو بالتشجيع أو بالربت أو لفظياً بالشكر. كرر هذا التمرين إلى أن تنجح في رواية قصة سمعتها من التسجيل. ويمكن لهذا الغرض تسجيل قصص بسيطة تقرأها من كتاب مثلاً ثم تطلب منها أن تحكي هذه القصص.

التدريب الثاني عشر: زيادة الانتباه للأشياء الملموسة:

أطلب من الطفلة أن تخبىء وجهها، واكتب الكلمات التي تعرفها بأصابع يديكِ على ظهرها أو على ذراعها، واطلب منها أن تقول لك ما هو هذا الحرف. كافئها في كل مرة تنجح في ذلك.

التدريب الثالث عشر: تحليل وتحويل الكلمات إلى حروف:

أطلب منها أن تحصي عدد الحروف في كل كلمة من قائمة كلمات وأن تكتب كل حرف مستقلاً.

التدريب الرابع عشر: كرر التمرين السابق مُسَجّلاً لتشجيع عملية الانتباه عند الإصغاء:

يمكن أن تكون عملية المكافأة بطريق النجوم أو التدعيم اللفظي، ويمكن إشراك أخيها الأصغر «عارف» في عملية التدعيم حتى يكون للتدعيم

---

(١) إذا لم يكن جهاز التسجيل متاحاً فيمكن بالطبع أن تتلو عليها التمرينات المطلوبة بحسب المطلوب في التدريب.

تأثير قوي. كذلك يمكن القيام بنفس هذه التدريبات معه حتى يقوم بمعاونتها مستقبلاً، وحتى لا يشعر بأنها هي الموضوع الرئيسي للإنتباه.

التدريب الخامس عشر: الجري:

هناك دلائل قوية على أن الجري يساعد على زيادة النشاط الذهني والانتباه. ولهذا ننصح بالجري وإدماجه في نشاطها اليومي بمكافأتها على كل دقيقة تجري فيها تحت إشراف الأُسرة سواء داخل المنزل أو خارجه.

(ج) زيادة القدرة على تحمل الأحباط ومواجهة الصعوبات

هناك أدلة واضحة على أن «عالية» عندما تواجه موقفاً صعباً أو محبطاً فإنها بسبب القلق تتجه إما إلى الإندفاع الشديد بإعطاء حلول غير ناضجة أو أنها تعمد إلى الإنسحاب تماماً متجنبة بذلك القيام بأي محاولة على الإطلاق. وهذا الأسلوب لا يساعدها على تحمل المسائل الدراسية الصعبة فلا تعطيها حقها من الانتباه والتركيز، ويحرمها هذا بالطبع من استغلال إمكانياتها الكثيرة بصورة إيجابية. لهذا ننصح أن تتضمن خطة العلاج التوجيه والتركيز على بناء بعض العادات الطيبة التي تمكنها من تحمل التوتر وعدم التشتت عندما تكون المواقف صعبة أو عسيرة. ولهذا يجب أن نشجع «عالية» على ما يأتي:

١ ـ لا تبدأ أي نشاط مع «عالية» إلاّ بتخطيط مسبق. بمعنى أنه يجب تهيئتها مسبقاً من خلال جدول العمل في الوقت المناسب. كما أنه يجب أن لا يكون الشخص الذي يعلمها أو يجلس معها (الأب أو الأُم أو المعلمة) مرهقاً أو مشغولاً بشيء آخر مما يجعله هو شخصياً نافذ الصبر مثلاً.

٢ ـ **التعليم في صمت:** عند الإندماج مع «عالية» في نشاط دراسي لنتجنب التدعيم القوي وكلمات التشجيع الكثيرة إلاّ إذا كان مرتبطاً بالنجاح في أداء مهمة معينة، وحيث أن التوقف المفاجىء عن هذا التشجيع وهذه التعليقات يجعلها تشعر بالإحباط سريعاً

وربما تعتقد أنها على خطأ فتزداد درجة القلق لديها، فإنه يلزم عدم سحبها فجأة أو إعطائها مهمات صعبة في الحال بل يلزم التدرج في ذلك.

٣ ـ يجب أن يمتلىء جدولها اليومي بنشاطات دراسية وغير دراسية من النوع الذي ينتهي بها دائماً إلى النجاح في أدائها: يعني مثلاً غسل طبق، تنظيف طاولة، ترتيب درج المكتب، تنسيق أوراق لوالدها أو لوالدتها. (استعن بجدول النشاطات).

٤ ـ يجب إعطاؤها وقتاً خاصاً، نصف ساعة يومياً مثلاً، بمفردها مع الأب أو الأم، ويجب أن يكون ذلك في غير أوقات جدول الدراسة، ويترك لها الحرية في شغل هذا الوقت مع أحد الوالدين، ويجب عدم التعرض لموضوعات الدراسة بالمرة خلال هذا الوقت الخاص بها (ويمكن تخصيص نفس الوقت أيضاً لأخيها عارف).

٥ ـ إذا بدأت عملاً يجب تشجيعها على إنهائه ولو كان صعباً، لأن الأمور المعلقة تثير القلق، والأمور التي ننجزها في وقتها تثير الشعور بالفخر والثقة بالنفس.

٦ ـ يجب تعليمها أن تخطط وتشارك في التخطيط في جدولها اليومي بحيث يتضمن وقتاً للإنتهاء من الأعمال الدراسية والواجبات المنزلية، ووقتاً للعب، ووقتاً للأعمال المنزلية الخاصة بها.

٧ ـ أعط فترات راحة، بحيث يطلب منها كل ٢٠ دقيقة من العمل أن تتوقف لمدة خمس دقائق للراحة.

٨ ـ عندما تكمل واجبها المنزلي أطلب منها أن تريكم إياه، وشجع الجدية في أداء العمل وليس التفوق. أي أن التركيز يكون ليس على الدرجات ولكن على أسلوب العمل والجدية ومجاهدة النفس.

٩ ـ ينبغي تجنب مقارنتها بأي من الإخوة أو الزميلات.

١٠ ـ كن على اتصال بهيئة تدريسها ومدرسيها ومشاركتهم هذه الخطة.

التقدم:

أشارت التقارير التليفونية والشخصية المتجمعة من الوالدين إلى وجود مزيد من التقدم الأكاديمي والشخصي. وكان من نتيجة ذلك أن الأُسرة قررت إلحاقها بالصف الأول بعد أن كان هناك تردد واضح في ذلك من والديها حيث كانت النية متجهة إلى تأجيل دخولها للمدرسة الإبتدائية. فضلاً عن هذا، حدث تقدم إنفعالي واجتماعي واضح، فقد تزايد الوقت الذي تمنحه إياها الأُم، كما بدأ الأب يعطيها وقتاً إضافياً للتدريس والتسامر بالرغم من مشاغله المتعددة. وبالرغم من أن الطفلة تظهر لديها بين الحين والآخر صعوبات مرتبطة بضعف الدوافع الدراسية، والتشتت، إلاّ أن تذكير أفراد الأُسرة بالإستمرار في الخطوط العامة للخطة كان دائماً يؤدي إلى نتائج وتصحيحات فورية وسريعة. وهي الآن (أي عند كتابة الطبعة الأولى من هذا الكتاب) في الصف الثالث.

الفصل السابع عشر

حالة الطفل المكتئب «الإنتحاري»

لفترة قريبة كان يعتقد أن الإكتئاب إضطراب يصيب البالغين فقط ويرتبط بتقدم العمر. ولكن هناك إدراك واسع الآن على أن الإكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال كما يصيب البالغين. وعادة ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال في شكل مشاعر بالحزن والعجز والذنب والإحساس بالدونية. ويرتبط الإكتئاب لدى الأطفال بكثير من المشاكل والإضطرابات الأُخرى مثل الشكاوى العضوية والغضب وتدني المستوى الأكاديمي. والطفل الذي يعاني من الإكتئاب عادة ما يجد صعوبة في التركيز والإنتباه، ويتملكه التشاؤم واليأس. ويسجل المرشد النفسي الطبي الأمريكي (DSM-3-R) عدداً من الأعراض ترتبط بالإكتئاب منها: الأرق، التعب السريع، إنخفاض مستوى الطاقة، إنخفاض مستوى الأداء الأكاديمي والنشاط المدرسي والمنزلي، ضعف التذكر، انخفاض مستوى الإنتباه والتركيز، فضلاً عن ظهور مشاعر الإنسحاب الإجتماعي والتقوقع. وتوضح الحالة التالية محاولة لعلاج الإكتئاب عند طفل في العاشرة من عمره من خلال تشكيل مهاراته الإجتماعية بما في ذلك القدرة على الإحتكاك البصري والمرونة الحركية والحوار (From: Matson, Soris, fialkov, & Kazdin, 1982).

بيانات عامة

كان الطفل في العاشرة من عمره، وكان يعاني من إكتئاب حاد، أدَّى إلى حجزه في المستشفى بسبب محاولته الإنتحار. وقد كان الطفل ذا ذكاء

متوسط، وذا تاريخ تميز بنوبات من الغضب والعنف وتدهور مستوى الأداء المدرسي. وبتطبيق المقاييس النفسية، حصل على درجات تضعه ـ من الناحية الأكلنيكية ـ في فئة الاكتئاب. وأشارت تقارير العاملين بالمستشفى والمشرفين عليه في العنبر العلاجي بأن تفاعلاته الإجتماعية وقدراته على التواصل مع الآخرين تتسم بالعجز، بما في ذلك صعوبة تبادل النظر مع الآخرين، والحديث بنبرات صوت مترددة، وخافتة، والإجابات الموجزة والمبترة. أما تعبيرات الوجه فقد إتسمت بالجمود والخلو من أي تعبيرات إنفعالية قوية. كما أن لغته البدنية غير ملائمة، فقد كان يغطي وجهه بيده، ويشيح برأسه جانباً عندما كان هناك من يحاول أن يبادله الحديث.

العلاج

إعتمدت خطة علاج الطفل على حث وتدريب الطفل على تنمية أنواع من السلوك معارضة للسلوك المرضي في المجالات الأربعة الآتية:

الأوضاع البدنية: وقد تضمن هذا الجانب التعديل من الأوضاع البدنية للطفل بحيث تكون ملائمة، أي أن تتسم بإظهار الإهتمام أو الرغبة في الحوارات المثارة معه. ولهذا، فقد كان من المطلوب أن يكف الطفل عن الأوضاع البدنية غير الملائمة، مثل تغطية وجهه بيده، أو الإشاحة برأسه بعيداً عن المعالج أو المتكلمين معه.

تبادل النظر والإحتكاك البصري: تطلب تحقيق هذا الهدف تشجيع الطفل على تبادل النظر والإستمرار في الإحتكاك البصري مع الذين يتحدثون معه.

نبرات الصوت ونوعية الكلام: تضمن هذا الجانب تدريب الطفل على نطق كل الكلمات بصوت عالٍ وواضح النبرات، والإجابة على كل الأسئلة التي توجه له بحيث تشتمل إجاباته على أكثر من كلمة، أي لا تكون موجزة ومبتورة.

الوجدان أو المشاعر الملائمة التي حاول المعالجون تدريبها لدى هذا

الطفل: إشتملت هذه على تلوين انفعالاته أثناء الكلام أو الحوار من حيث الصوت، والإشارات، وإيماءات الرأس والوجه.

إجراءات العلاج

إستغرقت جلسات العلاج وتدريب المهارات الإجتماعية السابق ذكرها عشرين جلسة لمدة ٢٠ دقيقة لكل منها. وفي كل جلسة منها كان المعالج يطلب من الطفل أن يقوم بأداء أو محاكاة الجوانب المرغوبة من السلوك الجديد. فضلاً عن هذا، كان المعالج يتبادل مع الطفل أنواعاً من الحوار أعدها خصيصاً لهذا الغرض لكي تلائم متطلبات وأهداف العلاج. كما شجع الطفل على أن يقوم بلعب الأدوار في الجوانب التي تحتاج لتدريبات حركية للجسم بما فيها استخدام الإشارات والإحتكاك البصري. وخلال ذلك كان على المعالج أن يعطي الطفل عائداً أميناً عن أدائه ويشجعه على تصحيح استجاباته الخاطئة خاصة فيما يتعلق بالإحتكاك البصري واللغة البدنية الملائمة.

النتائج والمتابعة

وفي نهاية كل جلسة، كان المعالج يمد الطفل بالتشجيع وبعض التدعيمات الملموسة (كالحلوى، والمشروبات)، لتعاونه في تنفيذ البرنامج بغض النظر عن نجاحه في تنفيذ أهداف الجلسة.

أدى تدريب المهارات الإجتماعية إلى تحسن وتفوق في المهارات الأربع السابقة، وقد إستمر تحسن الطفل لمدة ١٢ أسبوع وهي الفترة التي أمكن متابعته فيها.

وبهذا بيّن العلاج الناجح لهذه الحالة أن بالإمكان تدريب المهارات الإجتماعية لدى الأطفال المكتئبين ومعالجة أوجه القصور في السلوك الإجتماعي لديهم، هذا القصور الذي يعتبر أحد العناصر الرئيسية في وصف السلوك المتسم بالإكتئاب.

الفصل الثامن عشر

حالة الطفل الذي يشتم وينبو في لغته

نقدِّم هذه الحالة للقاريء لإطلاعه على أحد الأساليب السلوكية التي يمكن تطبيقها بديلاً للعقاب، والتي أمكن توظيفها بنجاح بهدف إيقاف مجموعة من الأطفال من استخدام الألفاظ النابية والشتائم القبيحة. وإن كانت الخطة العلاجية في هذه الدراسة قد استخدمت مع مجموعة من الأطفال الذين تشابه سلوكهم، إلا أن بالإمكان تطبيق هذه الخطة في الحالات الفردية التي تعاني من نفس المشكلة. ثم أن نجاح الخطة في هذه الدراسة مع مجموعة تعاني من اضطراب حاد في السلوك يوحي بأن استخدامها مع مجموعات أقل إضطراباً سيكون أكثر يسراً.

والمقصود باللغة النابية كما استخدمها المعالجون في هذه الدراسة (Epstein, Rupp, & Cullinom, 1978) الميل الذي يبديه بعض الأطفال إلى استخدام الألفاظ ذات المضمون الجنسي، أو التي تشير إلى استخدام عضو من أعضاء الجنس أو الإخراج من أجل التقبيح من شخص آخر في مواقف التفاعل.

وقد تكونت مجموعة هذه الدراسة من ستة أطفال من ذوي الإضطراب السلوكي في إحدى فصول التعليم الخاص ممن كانوا موضعاً للشكوى من قِبل معلميهم وزملائهم ومشرفيهم بسبب ميلهم إلى استخدام الألفاظ الجارحة بوفرة.

أما الطريقة التي استخدمت لتعديل هذا السلوك فقد اعتمدت على أسلوب التدعيم الفارق للانخفاض في سلوك الشتم[1].

وقد هدفت الخطة إلى التوقف التدريجي عن السب اليومي حتى يختفي تماماً، وذلك بزيادة المدة المطلوبة التي تخلو من السب تدريجياً بحيث لا يقدم المدعمُ إلا إذا خلت تلك المدة من السباب تماماً إلى أن شملت المدة اليوم الدراسي كله. ومن ثم فإن الطفل الذي يمر اليوم الدراسي كله عليه بدون أن يستخدم لفظاً نابياً كان يحصل على عشرين نجمة يمكنه استبدالها في نهاية اليوم بمدعمات ملموسة أو نشاطات مرغوبة (لعب ـ حلوى ـ نزهة ـ تذكرة لمشاهدة فيلم سينمائي). وبسبب الزيادة التدريجية لهذه الفترات تقلص عدد السباب تدريجياً إلى أن اختفى تماماً. وقد كان المعالج خلال مراحل الخطة يسجل على لوحة ظاهرة أي لفظ قبيح يستخدمه أحد الأطفال وذلك دون تعليق أو تأنيب لقائله.

النتائج

بعد ٢٨ يوم، أي قبل الموعد المحدد لانتهاء الخطة بخمسة أيام، توقف جميع الطلاب عن استخدام الألفاظ النابية. واستمر هذا التوقف حتى نهاية العام الدراسي. وهو ما يوحي أن استخدام التدعيم الإيجابي للإيقاف التدريجي للسلوك المستهجن طريقة فعالة وإيجابية في الإيقاف الكامل لذلك السلوك، كما أنه بديل فعال للعقاب لعلاج مثل هذه الأنواع من السلوك التي تسبب الكثير من الإزعاج والحرج لكثير من الأُسر ورجال التربية في المدرسة.

---

(١) Differential reinforcement of low rates of swearing (DRL)، وينطوي هذا الأسلوب عموماً على تقديم المدعم كلما مرت فترة معينة بدون حدوث السلوك المحوري، ثم زيادة طول هذه الفترة تدريجياً قبل تقديم المدعم إلى أن يختفي السلوك تقريباً.

الفصل التاسع عشر

إيقاع الأذى بالنفس

إيقاع الأذى بالنفس أو سلوك التدمير ـ الذاتي من الإضطرابات السلوكية التي قد تظهر عند بعض الأطفال وتسبب إزعاجاً واضحاً نتيجة لمخاطرها الصحية على الطفل. وهي تأخذ أشكالاً مختلفة منها: نتف شعر الرأس والحاجب، خبط الرأس على الأرض أو الحائط، استخدام أدوات حادة أو مدية بهدف إيذاء النفس، أو حك الجلد إلى أن يدمى.

وتمثل الحالة التالية نموذجاً سلوكياً للتغلب على أحد هذه المشكلات ويمكن استخدام هذا النموذج للتحكم في مظاهر سلوك التدمير ـ الذاتي المماثلة:

بيانات عامة

كان الطفل في الثامنة من العمر عندما تم تحويله لعيادة العلاج السلوكي من أحد أقسام الأمراض الجلدية. وقد بيّن التقرير عند التحويل أن هذا الطفل بدأ منذ ثلاث سنوات يحك جلده إلى أن يدمى. وبالرغم من أن الحكة قد بدأت نتيجة لمشكلة جلدية سابقة، فإن الحكة استمرت حتى بعد أن أمكن علاج هذه المشكلة طبياً. وقد أدى هذا السلوك إلى تكوّن البثور والدمامل على جلد الطفل، وأثار ذلك مخاوف أطبائه وأُسرته من أن

تتطور الحالة إلى مستوى يصعب التحكم فيه.

وقد إعتمد المعالجان السلوكيان (Carr & Mcdowell, 1980) اللذان قاما بعلاج هذه الحالة على مبدأ التدعيم الإجتماعي بشكل رئيسي.

العلاج

مرَّ علاج الحكة الدامية لدى هذا الطفل في ثلاث مراحل: في **المرحلة الأُولى** تم فحص الظروف المحيطة لتحديد ما يسبق سلوك الحك وما يتبعه مباشرة. وركز العلاج في **المرحلة الثانية** على إيقاف التدعيم الإجتماعي والإنتباه الذي يحصل عليه الطفل بعد سلوكه التدميري مباشرة. أما **المرحلة الثالثة** فقد إعتمدت على استخدام أسلوب الإبعاد المؤقت عندما يبدأ الحك، مع التدعيم الإجتماعي عندما تقل البثور والعلامات الدامية على الجلد.

وقد بينت المرحلتان الأُولى والثانية أن السلوك التدميري (الخربشة والحك الدامي) كان يحدث بشكل مكثف عندما كان الطفل يلعب، أو يشاهد التليفزيون، أو أثناء اللقاءات الأُسرية عندما كانت الأُسرة تلتقي فيما بينها لمناقشة أي أمر من الأُمور. إضافة لهذا، فقد تبين أن السلوك التدميري كان يلقى إهتماماً واضحاً من الأُسرة، فقد كان الوالدان يطلبان من الطفل أن يتوقف عن ذلك ويضربانه، وأحياناً يقبضون على يده حتى لا يستخدم أظافره في الحك. وهذا الاهتمام كان له دور المشجع على الاستمرار في السلوك ومعاودته بسبب الانتباه الذي كان يحصل عليه.

إجراءات العلاج وتنفيذه

إتخذ تنفيذ الخطة العلاجية عدداً من المحاور منها، كما ذكرنا، الحصول على مدعم إيجابي يختاره الطفل نفسه بداية يرتبط تقديمه باختفاء بعض العلامات الدامية أو البثور التي تنتج عن الحك. وكان من ضمن

التدعيمات الإجتماعية الذهاب إلى حفل سينمائي أو زيارة متحف للأطفال، أو اللعب، أو شراء أجهزة.. الخ. والمحور الرئيسي الآخر هو إبعاد الطفل وإرساله إلى مكان منزوي في المنزل لمدة ٢٠ دقيقة كلما بدأ يحك جلده كعقاب لسلوك الحك. إذن كانت الخطة العلاجية تجمع بين العقاب على السلوك المزعج والإثابة على الاختفاء التدريجي لنتائج ذلك السلوك.

استغرقت الخطة العلاجية شهرين، بدأ السلوك التدميري خلالها يتضاءل بشكل ملحوظ. لكن السلوك رجع إلى ما كان عليه عندما توقف الوالدان عن استخدام الخطة بعد إنتهاء الشهرين. وعندئذٍ طلب منهما المعالج أن يستأنفا الخطة لأربعة شهور أُخرى. وفي نهاية الشهور الأربعة، كان التحسن واضحاً بالرغم من توقف استخدام الإبعاد المؤقت والتدعيم كلاهما، فضلاً عن أن جلد الطفل قد بدأ يتماثل للشفاء والصحة.

وتوحي نتائج دراسة هذه الحالة أن التدمير ـ الذاتي قد يحدث نتيجة لعوامل عضوية، لكن استمراره يكون مرهوناً بالإنتباه والتدعيم الإجتماعي، وغيرها من المكاسب الثانوية. ومن الواضح أن الإنتباه لهذه العوامل والتحكم فيها بشكل علاجي يؤدي إلى تحسن واضح حتى ولو كان الإضطراب قد بدأ لأسباب عضوية.

الفصل العشرون

حالة الطفل الخجول المنعزل

يتزايد الخجل الشديد، والعزلة، وقلة الأصدقاء عند بعض الأطفال لدرجة تعيقهم عن التفاعل الإجتماعي السليم، وتحرمهم من فرص النمو والتعبير عن الذات. وبالرغم من أن هذا النوع من الأطفال عادة ما يكون حاد الذكاء، فإن أحكام الناس عليهم تضعهم في درجة أقل مما هم عليه، ويراهم زملاؤهم على أنهم أقل جاذبية ومهارة من الزملاء الآخرين الذين يتسمون بالإنطلاق وبعض الجرأة في التعبير عن النفس.

والخجل الشديد والعزلة يستحقان في حد ذاتهما الجهود العلاجية خاصة عندما يصبحان مصدراً لإحباط الطفل والأُسرة وشقائهما، فضلاً عن أنهما سابقان أو مصاحبان لإضطرابات أُخرى أشد خطراً، مما يوجب ضرورة الإهتمام العلاجي بهما. وتمثل الحالة التالية نموذجاً لاستخدام تدريب المهارات الإجتماعية لدى طفل عربي عانى معاناة شديدة من الخجل لدرجة أعجزته عن التفاعل بزملائه وأدت به إلى كراهية المدرسة.

بيانات عامة

قدم الطفل «ماجد» الذي يبلغ الرابعة عشر من عمره لعيادة العلاج النفسي الخارجية بإحدى المستشفيات الجامعية مع والديه. وقد قام أحد

الكتاب بإجراء المقابلة الشخصية مع الوالدين ومع الطفل، وقام بوضع خطة لتدريب المهارات الإجتماعية للطفل على غرار ما هو مستخدم في مثل هذه الحالات وحسب التفاصيل التي سيأتي ذكرها.

الشكاوي الرئيسية

المشكلة الرئيسية للطفل كما عبر عنها الوالدان هي القصور الشديد في العلاقات الإجتماعية والإنطواء المرضي الشديد والخجل والعزلة وانعدام الأصدقاء والإنفراد بالنفس لفترات طويلة بحجة الصلاة أو الإستماع للتسجيلات الدينية بحيث يقضي أغلب وقته في حجرته. وقد كانت علاقاته الإجتماعية حتى بالأقارب والجيران محدودة للغاية، واقتصرت على المجاملات الإجتماعية القصيرة، التي كان يبترها بسبب خجله الشديد.

وقد لاحظ المعالج بالفعل أن الطفل كان يتجنب الإحتكاك البصري، وقد كان يرد على الأسئلة الموجهة إليه بإجابات قصيرة (نعم، أو لا، أو لا أستطيع أن أُحدد بالضبط).

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والإكتئاب حصل الطفل على درجات مرتفعة في كلا المقياسين. وهذا يشير إلى أن قلقه العصابي قد تفاقم إلى حد ربما كان السبب في ارتفاع درجاته على مقياس الإكتئاب بما في ذلك الإحساس باليأس والعجز. لكن عملياته المعرفية وقدراته على التفكير والإستيعاب والتذكر كانت ـ بحسب الملاحظات المسجلة والإختبارات المستخدمة ـ على مستوى لا بأس به. كذلك لم يكن هناك ما يشير إلى وجود إضطرابات إدراكية شاذة (هلاوس)، أو إضطرابات في اللغة والتفكير مما جعلنا نستبعد وجود إضطرابات ذهانية مصاحبة أو مسؤولة عن الحالة التي كان «ماجد» فيها. لهذا فقد شعرنا أن قصور المهارات الإجتماعية هو المصدر الرئيسي لتطور الأعراض المرضية لدى «ماجد».

الخطة العلاجية

تركزت الخطة العلاجية على زيادة قدرات ماجد على الحوار ومبادلة الأحاديث الودية والعابرة. وقد تطلب تحقيق هذا الهدف تدريب ماجد على اكتساب أربع قدرات هي:

(١) إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتابعة عن موضوع معين.

(٢) التعليق على ما يسمع مع تنويع هذا التعليق بحيث يشتمل إما إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ.

(٣) الإحتكاك البصري الملائم.

(٤) التشجيع على إظهار الإهتمام بالآخرين وتنمية علاقاته بهم بصورة تتسم بالدفء والتقبل.

وقد تم تدريب كل قدرة من القدرات السابقة بشكل مستقل، واستغرق تدريبها معاً خمسة عشر أسبوعاً في عشرين جلسة علاجية استغرقت كل منها حوالي ٤٠ دقيقة في المتوسط.

الأساليب العلاجية

أما الأساليب التي استخدمت فقد تنوعت بحيث اشتملت على كثير من الفنيات السلوكية بما فيها:

(١) التدريب على الإسترخاء العضلي.

(٢) الإقتداء بالمعالج: الذي كان يقوم أحياناً بتمثيل السلوك الملائم، كالقدرة الملائمة على الإحتكاك البصري، أو التعبير عن الرأي في مناقشة أو مشادة تكون قد حدثت مع «ماجد».

(٣) لعب الأدوار: حيث كان المعالج يطلب منه أن يؤدي أو يقوم بتمثيل السلوك الملائم بعد الإتفاق على خطوطه العريضة.

(٤) واجبات منزلية خارج العيادة: كان يطلب من «ماجد» أن يقوم ببعض المجازفات الإجتماعية المحسوبة بأن يبادر بعض الزملاء

بالتحية، والدخول معهم في حوارات إجتماعية، وعمل إتصالات تليفونية.

(٥) التعديل المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة: كتدريبه على تجنب نقد النفس، وعلى الإنتباه للحوارات الداخلية الإنهزامية التي كان ماجد يرددها عند الدخول في احتكاكات إجتماعية مع الآخرين. ومن الأفكار الخاطئة التي ركزت عليها خطة العلاج والتعديل:

(١) التفوق والنجاح الأكاديمي لا يعني بالضرورة الإنزواء وتجنب التفاعل الإجتماعي تماماً بالآخرين.

(٢) التدين لا يعني التخلي عن السعادة الشخصية.

(٣) التطرف في الأحكام بديلٌ غير ملائم للتعبير الحر عن الرأي وطريقة غير صحية لمواجهة القلق الذي يثور عند تعارض أفكارنا مع الآخرين.

وقد راعى المعالج أن تقتصر كل جلسة علاجية من جلسات العلاج على هدف واحد من الأهداف العلاجية يقوم خلالها بعرض المشكلة، وما تم إنجازه من أجزاء منها في الجلسة السابقة، مع تحديد المطلوب عمله والتدريب عليه في المستقبل وتصحيح الأداء وابتكار بعض الواجبات المنزلية الملائمة.

فمثلاً، إذا كان الهدف هو التدريب على إلقاء الأسئلة كان الطفل يدرب في كل جلسة على تنمية أحد الجوانب المرتبطة بمهارة إلقاء الأسئلة. ومن ثم خصصنا جلسة للتدريب على إلقاء أسئلة مناسبة للموقف ليست نفس الأسئلة التي دربه المعالج عليها، وجلسة مستقلة للتدريب على إلقاء أسئلة متلاحقة ومتماسكة حول موضوع معين بدلاً من الأسئلة المتناثرة الموقفية.. وهكذا.

أما عن التقدم في العلاج، فقد كان التحسن واضحاً في كل المهارات الأربع التي كانت موضوعاً للتدريب. وبتتبع الطفل لمدة أربعة شهور بعد انتهاء الجلسات كان التقدم في هذه المهارات مستمراً. وبسؤال الوالدين كان

هناك إتفاق على حدوث التحسن، فضلاً عن التحسن في تكوين الأصدقاء وفي المرونة الإجتماعية.

وبالرغم من أن الوالدين إستمرا يراجعان المعالج لأسباب سلوكية أُخرى خاصة بطفلهما، إلاّ أن تقدمه في اكتساب المهارات الإجتماعية، ونمو قدراته على التفاعل الإجتماعي وصلت لدرجة من التحسن بحيث لم تكن موضوعاً بعد ذلك للعلاج أو لقلق الوالدين والطفل.

الفصل الحادي والعشرون

حالة الطفلة المذعورة

يحتل الخوف لدى الطفل مكاناً رئيساً في أي كتاب عن الإضطراب الإنفعالي والعلاج النفسي للأطفال. ويمثل كذلك أحد الشكاوى الرئيسية لزوار العيادات النفسية من الأطفال. وفضلاً عما يسببه من تعاسة وإزعاج للطفل، فإن الأُسرة بكاملها قد تعاني بسبب وجود طفل خائف.

وللتغلب على مخاوف الطفل، توجد مناهج علاجية عدة عرضنا لبعضها من قبل، وسنعرض في الحالة التالية تطبيقاً عملياً لأحد أهم هذه الأساليب شيوعاً: وهو التعريض التدريجي لمسبب الخوف.

إعتبارات عامة في علاج الخوف

على أن هناك بعض الإعتبارات العامة التي يجب على الوالدين أن يراعوها عند التعامل مع مخاوف الطفل:

١ ـ **التزم بالهدوء والثبات** لكي ترسم أمام الطفل نموذجاً لسلوك معارض للخوف والجزع. ولا تنس أن كثيراً من مخاوف الأطفال تكتسب من خلال ملاحظة الكبار والإقتداء بهم.

٢ ـ **عالج كل خوف على حدة،** ولا تتوقع علاجاً لكل مخاوف الطفل في وقت واحد.

٣ ـ تجنب التعريض المفاجيء أو الحاد أو المباغت للموضوعات المخيفة.

٤ ـ عرّض الطفل تدريجياً وفي خطوات صغيرة لموضوع خوفه.

٥ ـ شجع سلوك الطفل الدال على أي نجاح يحققه في القضاء على مخاوفه.

٦ ـ تجاهل العبارات الدالة على أي نجاح يحققه في القضاء على مخاوفه.

٧ ـ إجعل توقعاتك واضحة.

٨ ـ كن صبوراً، ولا تدفع بالطفل دفعاً قبل أن يكون معداً للمراحل التالية.

والحالة التالية التي قام بتناولها المعالج السلوكي «هيربيرت» (Herbert, 1987) تمثل توضيحاً عملياً لهذه المبادىء في علاج مخاوف الأطفال.

وصف الحالة

الطفلة، التي نحن بصدد الحديث عن حالتها، تبلغ الخامسة من العمر، وقد حُوِّلت إلى إحدى عيادات العلاج السلوكي بسبب الخوف الشديد من الحيوانات[١]، وقد بدأت مخاوفها في أول الأمر، عندما كانت في الثالثة من العمر، محصورة بالكلاب. ثم بدأ هذا الخوف يتطور ويشتد ويتعمم حتى تحول إلى خوف مرضي شديد من كل الحيوانات، والطيور والحشرات. ووصل بها الخوف لدرجة أعجزتها تماماً، ومنعتها من مغادرة منزلها، وأوقفت كل نشاطاتها الإجتماعية. وإذا حدث وأن شاهدت حيواناً أو حشرة أثناء اللعب مع زميلاتها فقد كانت تجزع وتفر عائدة إلى المنزل. وقد تطور خوفها إلى إضطراب هيستيري، قوامه الجزع والصراخ والصياح الشديد. بل أوشكت في إحدى المرات أن تتعرض لحادثة مروية كادت تودي بحياتها عندما صادفت حشرة تزحف فأخذت لذعرها تجري في

---

(١) Animal Phobia

منتصف الشارع مخالفة قواعد السلامة.

الإعداد للخطة العلاجية

تم الإعداد للخطة العلاجية التي سنعرض تفاصيلها توًا من خلال الإتفاق بين المعالج والأُم، على أن تتولى الأُم تنفيذ الخطة في المواقف الحية التي لا يكون فيها المعالج متواجداً مع الطفلة. وقد عرض المعالج الخطة المتدرجة على الأبوين وطلب منهما أن يتقدما نحو مراحل العلاج مرحلة مرحلة تدريجياً ودون تعجل تجنباً لحدوث أي نكسات علاجية.

خطة العلاج

تكونت خطة العلاج من مرحلتين رئيسيتين هما: **التعرض التدريجي الرمزي والتعرض التدريجي في مواقف حية** بالشكل الآتي:

تولى المعالج في المرحلة **الأولى** تعريض الطفلة للحيوانات من خلال القصص والرسم وتلوين صور الحيوانات والطيور والحشرات المختلفة وقصها، فضلاً عن اللعب بالنماذج الحيوانية المحشوة أو المصنوعة من المطاط. وقد كان الهدف من هذه التدريبات خلق أُلفة بين الطفلة وموضوعات الخوف، فضلاً عن تكوين رابطة سارة ومبهجة ومثيرة للخيال والتقبل مع موضوعات الخوف (أي الحيوانات والطيور). ولأن هذه التدريبات أُجريت في منزل الطفلة، فقد كانت لها فائدتها التربوية للأُم التي كانت تلاحظ المعالج خلال هذه التدريبات وتتعلم منه بعض الفنون المطلوبة للتخلص من القلق من خلال اللعب، والإسترخاء، وتغيير الإنتباه. وفي النهاية كان بإمكان الأُم أن تتولى استكمال هذه التدريبات مع الطفلة.

أما المرحلة **الثانية** فقد تضمنت تعريض الطفلة تدريجياً لمواقف حية لموضوعات الخوف.

وقد استغرق تنفيذ المرحلتين عدداً من الجلسات بالشكل الآتي:

الجلسات الأُولى والثانية والثالثة:

خلال هذه الجلسات الثلاث الأُولى ساهم المعالج والأُم مع الطفلة في تنفيذ الأنشطة الآتية:

(١) عرض رسوم حيوانات أو طيور لتوضيح بعض موضوعات مرتبطة بقصص الحيوانات التي كان يحكيها المعالج للطفلة.

(٢) تلوين نماذج من الصور الممثلة لمشاهد طيور أو حيوانات أو حشرات إنتقاها المعالج بعناية وشجع الطفلة على قصها بعد تلوينها. وطلب منها وضعها في كتاب نشاطات خاصة بالطفلة، أو تعليقها في حجرتها.

(٣) إستمتعت الطفلة بهذه النشاطات بعد فترة خوف وتوجس نتيجة لقيام المعالج بتشجيعها وإعطائها معلومات إيجابية عن الموضوعات المرتبطة بمخاوف الطفلة (مثال: الدجاج يمدنا بالبيض، الكلاب تحمي أصحابها بوفاء وترشد المكفوفين، النحل ينتج لنا عسل النحل.. الخ).

(٤) تعاونت الأُم في اختيار قصص مرتبطة بالحيوانات والطيور وغيرها وقراءتها للطفلة.

وفي نهاية الجلسة الثالثة، كان من الواضح أن الطفلة بدأت تدريجياً في التغلب على توجسها السابق، فأصبحت تتعامل بقليل من الخوف، وبدأ قلقها يقل عند التعرض الرمزوي لصور الحيوانات والطيور والحشرات وللقصص المرتبطة بها، وأدى هذا التقدم إلى الإنتقال للمرحلة التالية من العلاج.

الجلسة الرابعة:

أخذ المعالج الطفلة للتنزه بجوار أحد البحيرات القريبة، وطلب منها أن تلتقط ـ باستخدام آلة التصوير ـ صوراً للبجع والطيور البحرية من مسافة بعيدة. ثم قرّب الطفلة تدريجياً لالتقاط صور قريبة، وصحبها في العودة إلى محل للطيور المنزلية، وشجعها على إطعام الطيور والأرانب المنزلية. لكنها

بدأت تشعر بالقلق والخوف عندما طلب منها التقاط صورة لكلب يسير في الشارع ولهذا فقد أجل المعالج موضوع التعرض للكلاب لجلسة قادمة.

الجلسة الخامسة:

بدأت هذه الجلسة باللعب بنموذج كلب من المطاط في المنزل تبعه نزهة إلى الحديقة المجاورة للتعرض التدريجي للحيوانات. وقد استمرت الطفلة في التقاط صور للحيوانات، واستطاعت هذه المرة أن تلتقط صوراً للكلاب من مسافة قريبة وبعيدة. ولكنها جفلت عندما رأت عنكبوتاً على أرضية الحديقة، إلا أنها لم تتحدث عن هذه الحادثة كثيراً، كذلك تجاهل المعالج هذه الحادثة ولم يجعل منها موضوعاً هاماً للحديث.

الجلسة السادسة:

قامت الطفلة في النصف الأول من الجلسة في المنزل برسم عناكب، وتلوينها وتعليقها في حجرتها، وخلال ذلك كان المعالج يحادثها عن العناكب وكيف تعيش، والمبالغات التي تُروى عنها خطأ بأنها قد تضر بنا بينما هي في الحقيقة لا تضر الإنسان.

وفي النصف الثاني من الجلسة السادسة صحب المعالج الطفلة لإحدى المستشفيات البيطرية حيث أمكن أن تلاحظ بعض الحيوانات كالكلاب، وقد أبدت الطفلة اهتمامها وتشوقها بالكلاب أكثر من المرات القادمة، فكانت تسأل عن الكلاب الضالة وأوجه الرعاية التي تقدم لها، ولم يبد عليها الجزع عندما كانت تسمع نباح الكلاب في المستشفى، لكنها رفضت أن تلمسها أو تداعبها حتى بعد أن شجعها المعالج على محاكاته في ذلك.

الجلسة السابعة:

عرضت الطفلة في هذه الجلسة فعلياً لكلب صغير ودود أحضره

المعالج لهذا الغرض طالباً من الطفلة أن تمسك بمقواده وتسير معه لفترات قصيرة، وقد أبدت سرورها هذه المرة ولم يكن هناك ما يدل على جزع واضح. وفي نفس الجلسة ساعدت الطفلة المعالج على تنظيف قفص الطيور، وخلال العودة صحبها لمحل الطيور مرة أُخرى، وكان من الواضح أن قلقها ومخاوفها بدأت تتضاءل إلى حد بعيد، وكانت تبدي سرورها الواضح بكل النشاطات التي مارستها في الجلسة.

الجلسة الثامنة:

تضمنت هذه الجلسة نزهة أطول بجوار البحيرة، واستمرت الطفلة في التقاط الصور ومداعبة الطيور، وخلال العودة صحبها المعالج إلى الحديقة حيث التقطت صوراً للكلاب وداعبتها، لم تحدث حوادث تذكر مرتبطة بمخاوفها السابقة.

النتائج والمتابعة

وبنهاية الجلسة الثامنة، كان من الواضح أن مخاوف الطفلة قد بدأت تتضاءل إلى حد بعيد بما في ذلك مخاوفها من الكلاب والحشرات. وقد شعر المعالج عندئذٍ بأن من الممكن للوالدين أن يستمرا في استكمال خطة التشجيع والتعرض التدريجي. وقد عبر الوالدان عن تأييدهما للخطة المستعملة وأبديا حماسهما وتفهمهما لهذه الخطة، حيث أن تقدم الطفلة كان واضحاً للغاية لهما وللجيران وللأصدقاء على حد سواء. ووصل التحسن بالطفلة إلى أنها بدأت تكون أُلفة ومشاعر من الود نحو هذه الموضوعات، وبدأت تخرج من منزلها وتستمتع بلعبها مع صاحباتها دون المخاوف السابقة. كما اختفت صياحاتها الهيستيرية. وقد تبين عند سؤال الوالدين أن التحسن استمر وتعمم على أشياء كثيرة كانت مصدراً للخوف لها حتى بعد تسعة شهور من تنفيذ هذه الخطة.

الفصل الثاني والعشرون

حالة الطفل الذكي المتخلف في دراسته

قصة من النجاح الأكاديمي

إن كثيراً من مشكلات التعلم والتأخر الدراسي لا ترجع إلى التخلف العقلي وانخفاض مستوى الذكاء بقدر ما ترجع إلى أخطاء في التربية والعجز عن تكوين الدافع الملائم للنجاح والتفوق لدى الطفل. ولهذا فإن هناك اعتبارات أخرى يجب حسابها عند التعامل مع الطفل الذي يبدأ أدائه المدرسي في التدهور. وسنذكر فيما يلي هذه الاعتبارات لننقل بعد ذلك للقارىء نموذجاً عملياً لإحدى حالات النجاح في العلاج السلوكي في مجال التفوق الأكاديمي.

إعتبارات عامة لمعالجة مشكلات الدراسة

هناك اقتراحات عامة يجب مراعاتها في حالات تدهور الأداء المدرسي وبطء التعلم وهي:

١) إجعل من التعلم والدراسة خبرة مرتبطة بالسرور والمتعة.

٢) إجعل من التعلم خبرة مرتبطة بالنجاح وليس بالفشل (أي ركز على النجاحات التي يحققها الطفل حتى ولو كانت صغيرة).

٣) قدم العلاج حسب خطوات صغيرة. أي ينبغي تشكيل السلوك

المؤدي للتعلم في شكل مراحل صغيرة مع مكافأة كل تقدم جزئي نحو الهدف العام.

٤) امتدح بسخاء عندما يُستحق المديح، أي عندما يحصل التقدم وإن قليلاً.

٥) شجع الطفل على ربط خبرة التعلم بنشاط عملي، فالأشياء التي نقوم بعملها نتعلمها أسرع ونحتفظ بها في ذاكرتنا بشكل أقوى.

٦) إرسم أمام الطفل النموذج الملائم للنجاح والعمل والنشاط. فمن العسير على الطفل أن ينمي إمكانيات التعلم والتفوق أن يستجيب لنصائحك، بينما أنت تقضي الغالبية العظمى من الوقت في الثرثرة ومشاهدة التليفزيون والحفلات الاجتماعية التافهة والزيارات طوال أيام الأسبوع.

٧) إختر مكاناً جيداً لطفلك.. بعيداً عن الضوضاء ومعد خصيصاً للعمل.

وفيما يلي وصل لحالة الطفل موضوع هذه الدراسة (Eimers & Aithison, 1977).

وصف الحالة

كان الطفل موضوع هذه الحالة في الحادية عشر من العمر عندما أحضره والداه وهما في حالة من الجزع والإنزعاج. فالطفل يرسب في المدرسة. وما هو أسوأ من ذلك أنه لا يبدو أنه يهتم أو يكترث لذلك. وبالرغم من أن الطفل كان متفوقاً في دراسته في العامين الأولين لالتحاقه بالمدرسة، إلا أن أداءه بدأ في التدهور تدريجياً.

ودلت اختبارات الذكاء التي استخدمها المعالج مع الطفل أن نسبة ذكائه فوق المتوسط. كذلك لم تتضح صعوبات في التعلم أو قصور عقلية واضح في الجوانب الأخرى من التفكير. وقد استبعدت هذه النتائج أن تكون مشكلة هذا الطفل بسبب التخلف أو صعوبات التعلم. وقد أيد

مدرسوه هذه الملاحظات وأضافوا أنه كان من قبل تلميذاً جاداً وأن لديه إمكانيات أكيدة على التفوق، إلا أنه يهمل في أداء واجباته، ولا يبذل أي جهد إضافي تطلبه منه مدرسته، وهو لا يبدي اكتراثاً بحل واجباته المنزلية مما ضاعف من مشكلاته الدراسية وتدهوره.

لقد تبلورت المشكلة الحقيقية وراء التدهور الدراسي لهذا الطفل في دافعه الدراسي. ولهذا فقد نصحت معلمة الفصل والدي الطفل بأن يستعينا بعيادة نفسية لمساعدتهما ومساعدة الطفل في التغلب على هذه المشكلة قبل تفاقمها. وقد قام المعالج بوضع خطة من مرحلتين لزيادة دافعه الدراسي والتغلب على بعض مشكلاته السلوكية داخل الفصل الدراسي وعاونه في تنفيذها الوالدان والمدرسون.

خطة العلاج

المرحلة الأولى: تقوية الدافع الدراسي:

ركز المعالجون على مشكلة أداء الواجبات المنزلية كسلوك محوري. وقد بدا واضحاً أن الأبوين لم يبديا اهتماماً بهذا الجانب، وأهملا سؤال الطفل عن أعماله المنزلية وتركاها له دون متابعة. صحيح أنهما كانا يطلبان منه بين الحين والآخر أن يؤدي واجبه، لكنه كان يجيبهما بأنه قد فعل ذلك، فكان يقبلان ما يقوله بطيب خاطر ويسمحان له بالخروج للعب أو مشاهدة التليفزيون معهما. ولهذا فقد كان من أسباب جزع الأبوين أنه قد خدعهما بإدعائه بأن يحل واجباته، وعندما اكتشفا ذلك أظهرا له أشد الغضب، وأرغماه على البقاء في حجرته يومياً لساعتين لإنهاء واجباته المنزلية. وبالرغم من موافقته على البقاء لساعتين في حجرته، فإنه استغل هاتين الساعتين بقراءات خارجية ومجلات أطفال. واستمر لا يؤدي واجباته المنزلية كما دلت التقارير التي كانت تأتي من مدرسته. وعند هذا الحد

شعر الأبوان بضرورة استشارة المعالج النفسي. وفيما يلي الخطة العلاجية التي وصفها المعالج وقام بتنفيذها مع الوالدين:

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة وتعريفها:

بيّن المعالج ـ واتفق معه الوالدان في ذلك ـ أن المشكلة الرئيسية للطفل تتركز في فقدان دوافعه للعمل. فقد عزف الطفل عن العمل والدراسة لأنه ببساطة لم يتلق التدعيم الملائم والإثابة لهذين النشاطين، أو بعبارة أُخرى، لم يتلق تدعيماً ملائماً لإنهاء العمل المدرسي والواجبات اليومية. ولم يكن تهديد معلمة الفصل بالرسوب أو تخفيض درجاته كافياً لإذكاء دوافعه مرة أخرى. وقد رأى المعالج، أن الحل الرئيسي لمشكلة هذا الطفل يكمن في أن يجعل من الدراسة وأداء الواجبات المنزلية أمراً مشجعاً وجذاباً ومرتبطاً بالتدعيم الاجتماعي والإثابة.

الخطوة الثانية: مكان خاص للعمل:

من الأسباب التي تبين للمعالج أنها تعوق الطفل عن أداء واجباته المنزلية هي السماح له بإكمال هذه الواجبات في حجرته. فقد كانت حجرته مليئة بكثير من جوانب النشاط واللعب بما في ذلك مجلات الأطفال ولعبه الكهربائية وكل لعبه المفضلة. لهذا فقد أوصى المعالج الوالدين أن **يخصصا مكاناً ملائماً** للدراسة. وقد اتفق الوالدان على أن تكون منضدة الطعام هي المكان الملائم لذلك. فقد خلت هذه البقعة من المنزل من المشيقات، فضلاً عن أنها تميزت بإضاءة جيدة، وكانت على العموم مكاناً جيداً للدراسة إضافة إلى أنها تمكن الوالدين من مراقبة الطفل.

الخطوة الثالثة: إثارة الحوافز والتدعيم الإيجابي:

تبلورت الخطوة الثالثة في ابتكار نظام **لإثارة حوافز الطفل**، تم بمقتضاه الاتفاق مع الوالدين على إثابة الطفل على كل نجاح أو تغير

إيجابي في دراسته. وقد روعي في برنامج الحوافز ما يأتي:

(١) اختيار حوافز أو مدعمات مرغوبة من الطفل تستحق منه أن يبذل جهداً للحصول عليها.

(٢) الزيادة التدريجية للوقت الذي يقضيه في أعماله المدرسية كل ليلة. وقد حذر المعالج الوالدين من تغلب رغبتهما في النجاح السريع على توخي الحرص في تطبيق مقتضيات العلاج التي تتطلب التدرج الحذر في زيادة الوقت الذي يمنحه الطفل للعمل، وفي مكافأة كل تقدم في هذا الإتجاه.

(٣) امتداح الطفل بين الحين والآخر خلال انشغاله بدراسته وتشجيعه على مجهوداته. .

(٤) **المكافأة الفورية**: تعتبر الدرجات التي تعطيها المعلمة للجهود الدراسية مكافأة غير مباشرة ومن ثم فإن تأثيرها التشجيعي ضعيف. ولهذا أصبح تقديم المكافأة الفورية ضرورياً. وقد نوعت المكافأة الفورية وعددت لتشتمل على بعض الأطعمة المحببة، أو قضاء نصف ساعة في مشاهدة التليفزيون أو الفيديو، أو استخدام التليفون، أو الخروج للتنزه واللعب. . الخ. ، وكانت تقدم كل مساء.

الخطوة الرابعة: المتابعة:

إعتمدت الخطوة الرابعة على متابعة تقدمه وتقييمه. وهنا تبين من خلال الاتصال بمعلمة الفصل أن درجاته قد أخذت في التحسن، وأن واجباته المنزلية كانت تتم في وقتها وبشكل ملائم. لكن المعلمة لاحظت أن الطفل بالرغم من التحسن الأكاديمي، فإن سلوكه في داخل قاعة الفصل إتسم بالإندفاع نحو الشتم وإثارة بعض الفوضى مما كان يحول بينه وبين الانتباه الجيد. وقد شعرت المعلمة أن الطفل بإمكانه أن يتفوق أكثر وأن يحقق إمكانياته بصورة أفضل لو تخلى عن هذه المشكلات السلوكية.

ولهذا فقد اتفق الوالدان مع المعالج على وضع خطة أخرى للتغلب

على هذه المشكلات السلوكية وفق الخطوات التالية:

المرحلة الثانية: التغلب على المشكلات السلوكية

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة:

دعا المعالج معلمة الفصل لحضور إحدى الجلسات مع الوالدين بغرض تحديد مشكلات الطفل ولكي يكسب تعاونهم في التخطيط للعلاج وتنفيذ الخطة. وقد تبين أن مشكلات الطفل في المدرسة شملت ما يأتي:

أ ـ العزوف عن أداء أعماله الإضافية في المدرسة، أي الإفتقار لدافع المنافسة الدراسية.

ب ـ التنكيت مع الزملاء، والتعليقات غير الملائمة، وكثرة الحركة، وعدم الانضباط. وقد تبين أن هذه المشكلة ترتبط بالرغبة في إثارة الإنتباه بشكل غير ناضج. وقد كان من الواضح أن زملاء فصله قد أحبوا طريقته وكانوا يستجيبون لتصرفاته المضحكة، ونكاته بالضحك والمودة. حتى المعلمة، ولو أنها لم تكن تشارك زملاءه سعادتهم بتصرفاته، فقد كانت تبدي اهتمامها السلبي من خلال السخرية ومحاولة الإسكات. لقد تحول الطفل إلى نجم الفصل وموضوع الانتباه الرئيسي لزملائه ومعلمته بسبب سلوكه غير اللائق.

الخطوة الثانية: التحكم في الإثابة

تبلورت الخطوة الثانية في البحث عن حل للمشكلة. وقد تركزت خطة الحل على التقليل من الإثابات التي يحصل عليها بسبب سلوكه المشاغب، أي بالتقليل من الانتباه الإيجابي والسلبي الذي يحصل عليه من زملائه ومعلمته. كذلك تركزت الخطة على زيادة حوافزه وإثابته على السلوك الملائم. وقد اتفق أن يكون السلوك الملائم هو العمل على إنهاء واجباته المدرسية والإضافية وعدم تأجيلها للمنزل.

الخطوة الثالثة: الإبعاد المؤقت[1] عن مواقف التدعيم السلبي:

تم تنفيذ الخطة بحيث يتم الإبعاد عن الفصل لمدة خمس دقائق عندما يصدر منه سلوك منافي للذوق بما في ذلك التنكيت أو التعليقات غير الملائمة. وبذلك تم حرمانه من المدعمات التي كانت تأتيه من جراء سلوكه المشاغب. وكان يسمح له العودة للفصل بعد خمس دقائق، إلا أنه كان يستبعد من الفصل من جديد ولمدة مضاعفة إذا ما استمر في نفس السلوك.

وبالرغم من نجاح الإبعاد المؤقت إلا أنه كان يمثل - من الناحية العلاجية - نصف الحل، فمن خلال الإبعاد المؤقت تعلم الطفل أنواع السلوك التي يجب التوقف عنها، لكنه لم يتعلم بعد السلوك الجيد المطلوب عمله. ولهذا فإن من المفروض تدريبه على أنواع السلوك الملائمة في داخل الفصل من خلال برنامج خاص لإثارة حوافزه لأداء السلوك الملائم، وهو ما طبق في الخطة الرابعة التي تلي.

الخطوة الرابعة: تدعيم السلوك الإيجابي:

تنطوي الخطة العلاجية هنا على إثابة الطفل ومكافأته للوقت الذي يقضيه في مقعده وهو يعمل واجباته المدرسية المطلوبة. وقد تعاون المعالج مع المعلمة على وضع جدول مكافآت خاص تعده له يومياً ويحصل الطفل بمقتضاه على نقاط (أو رموز) مقابل الوقت الذي يقضيه الطفل في العمل والمتفق عليه مع الطفل والمعلمة سابقاً.

وفي نهاية اليوم توقع المعلمة هذا الجدول ترسله مع الطفل إلى المنزل حيث يتم تحويل هذه النقاط أو النجوم إلى مدعمات متفق عليها بحسب جدول تدعيم سابق.

---

(١) Time out

وتتطلب هذه الخطة كذلك الاستمرار في امتداح وتقريظ الطفل على تحسنه وعلى التغيرات الإيجابية التي يحققها. كما تقتضي هذه الخطة أيضاً التوقف عن اللوم أو النقد عند ظهور السلوك الخاطىء وتجاهل السلوك الدال على الشغب أو عدم الانضباط والفوضى.

وكان امتداح السلوك الإيجابي وتجاهل السلوك يتم أيضاً في المدرسة حيث دربت المعلمة على استخدام نفس الخطة.

الخطوة الخامسة: التقييم والمتابعة:

عند تقييم المرحلة الثانية من العلاج، تبين أن الطفل قد نجح نجاحاً مذهلاً في تحقيق أهداف العلاج. فلقد اختفى ـ بعد خمس مرات من تنفيذ برنامج الإبعاد المؤقت ـ سلوكه المشاغب، وتحول إلى طفل نموذجي بمعنى الكلمة. وقد بدأ تحسنه التدريجي يتنامى بشكل ملحوظ، وانعكس ذلك التحسن على درجاته في الفصل الدراسي التالي حيث ارتفعت إلى B+. (جيد جداً).

ولم تكن هناك مشكلة واضحة عندما حدث توقف تدريجي عن خطة الحوافز، فلم يتراجع عن سلوكه الجيد عندما توقف تنفيذ هذه الخطة تماماً، فقد «أدمن» الطفل على السلوك الجيد وأصبحت دوافع النجاح الذاتية والتدعيمات التي كان يحصل عليها بسبب تفوقه وانتقاله لهذا المستوى كافية لاستمراره في السلوك الإيجابي. كذلك تحققت تغيرات في سلوك الوالدين، فقد اعتادا على امتداح السلوك الجيد، وتوقفا عن النقد والعقاب، مما شكّل تدعيماً إضافياً لاستمرار تفوقه في السنة التالية التي أمكن تتبعه خلالها.

الفصل الثالث والعشرون

حالة الطفل ذو السلوك الإجتماعي التدميري

تصل مشكلة انحراف السلوك الاجتماعي عند بعض الأطفال أحياناً إلى درجة من الخطر تجعل العلاج السريع مطلباً ملحاً. ومن هذه المشكلات تأتي مشكلة السلوك التدميري في المقدمة. ومن الأمثلة الأكثر أهمية على هذا السلوك نذكر تحطيم الأثاث، وإشعال النار، وإيذاء الآخرين، وإتلاف ملكياتهم.

إعتبارات عامة للتحكم في السلوك التدميري

وهناك اعتبارات يجب مراعاتها بشكل عام عند التعامل مع هذا النوع من السلوك:

(١) حدد بصورة نوعية السلوك الإجتماعي السيء الذي يلزم تعديله (مثلاً إشعال الثقاب ـ استخدام لغة نابية)

(٢) إرسم هدفاً إيجابياً أمام الطفل يكون معارضاً للسلوك الخاطىء واجعل منه هدفاً جذاباً للطفل (من خلال ربطه بنظام للحوافز والمكافأة).

(٣) استخدم بسخاء التدعيم الاجتماعي والتقريظ لأي تغير إيجابي.

(٤) إذا كان لا بد أن تمارس العقاب «فيجب أن يكون سريعاً وفورياً»

ومصحوباً بوصف للسلوك البديل. وفي هذه الحالات يكون الإبعاد المؤقت أحد الأساليب المفضلة.

(٥) قم بتدريب الطفل على التخلص من أوجه القصور التي قد تكون السبب، المباشر أو غير المباشر، في حدوث السلوك الهدام، مثل تدريبه على اكتساب ما ينقصه من المهارات الاجتماعية، وعلى استخدام اللغة بدلاً من الهجوم الجسماني، وعلى تحمل الإحباط، وعلى تأجيل التعبير عن الانفعالات، وعلى التفوق في المدرسة.

(٦) إرسم أمام الطفل قدوة جيدة، فلا تسرف في أسلوب العقاب أو التهجم اللفظي، ولا تفقد السيطرة على النفس. فهذه الأنماط من السلوك ترسم نموذجاً عدوانياً للطفل يجعل من المستحيل التغلب على مشكلة السلوك العدواني لديه. بل قد تؤدي هذه القدوة الفظة التي يخلقها العقاب إلى نتيجة عكسية.

(٧) استعن بالوالدين والمدرسين لتنفيذ خطة تدعيم السلوك المعارض للسلوك العدواني حتى يحدث تعميم للخبرة المتعلمة.

(٨) يكون السلوك التخريبي للطفل أحياناً نابعاً من حرمانه من ممارسة هذا السلوك وتخويفه منه وعدم إطلاعه على طبيعته. ولهذا يستخدم المعالجون أسلوب التشبع بالمنبه والذي من خلاله يتم تمكين الطفل من ممارسة السلوك الخاطىء (كإشعال الثقاب) بشكل مكثف تحت إشراف المعالج، كما في الحالة التي ستتحدث عنها في هذا الفصل.

وصف الحالة

كان عمر الطفل في الحالة التي نحن بصددها سبعة أعوام. وكانت مشكلته الرئيسية أنه استطاع في مناسبات مختلفة أن يحصل على أعواد الثقاب، ويشعلها في مواقع مختلفة من المنزل، مما أدى إلى إشعال بعض الحرائق في المنزل بما في ذلك حجرته. ولولا يقظة والدته التي كانت

منتبهة لهذه المشكلة لكان من الممكن أن تحدث عواقب وخيمة.

فضلاً عن هذا فقد كانت هناك مشكلات سلوكية أخرى لدى هذا الطفل منها الخوف من الظلام، والاستيقاظ للأكل خلال الليل، وتسلق أعمدة التليفون، والكذب على الوالدين، وعصيان الأوامر.

على أنه تقرر ضرورة البدء بعلاج مشكلة اللعب بأعواد الثقاب وإشعال الحراق وذلك لخطرها الشديد من ناحية، ولاستحالة التركيز على أكثر من جانب واحد من المشكلات المتعددة التي كان الطفل يعاني منها من ناحية أخرى.

وبعد جلسات قليلة مع الوالدين رسمت خطة العلاج وتم تنفيذها في جلسات متعددة تحت إشراف المعالجين السلوكيين «فيشر» و«جوكروس» (Fischer & Gochros, 1975).

خطة العلاج

تطلبت خطة العلاج أن يقدم المعالج أو مساعده للطفل حالما يجيء للعيادة صندوقاً يحتوي على علب كثيرة من الثقاب وأن يطلب منه أن يشعل أي عدد من أعواد الثقاب شريطة أن يتبع خمس خطوات للحماية من الأخطار. وكان من المقصود من هذه الخطوات هو تنمية العزوف عند الطفل عن إشعال أعواد الثقاب.

(١) لا يستخرج الطفل إلا عود ثقاب واحد من العلبة في كل مرة، وعليه أن يغلق العلبة بإحكام قبل بدء إشعال العود.

(٢) عند إشعال العود، يجب أن يكون قريباً من المطفأة التي تكون على بعد حوالي ذراع واحد من الطفل.

(٣) يجب أن تكون الذراع الممسكة بالعود ممدودة وغير قريبة من الجسم وليست مستندة على المنضدة أو على الذراع الآخر (لإثارة التعب والكف السريع).

(٤) يجب أن يسمح لعود الثقاب أن يظل مشتعلاً حتى نهايته قبل إلقائه في المطفأة.

نتيجة العلاج

قضى الطفل ثلاث جلسات في عملية إشعال الثقاب تميز سلوكه خلالها بالفرح والاستثارة، ولم تبد عليه علامات الملل خلال هذه الجلسات الثلاث.

إمتدت الجلسة الرابعة إلى ساعة كاملة وأربعين دقيقة والطفل يمارس إشعال أعواد الثقاب حسب الشروط التي سبق ذكرها. ولكن قبل انتهاء هذه الجلسة بعشر دقائق سأل الطفل ما إذا كان بإمكانه أن يتوقف عن هذه العملية، ويؤدي لعبة أخرى في العيادة.

عندما عادت الأم بالطفل في الجلسة الخامسة التالية أفادت بأن هناك تغيراً ملموساً حدث لدى الطفل. فقد توقف عن إشعال الثقاب بالمنزل، كما ظهرت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكه.

بعد ثلاث جلسات أخرى من التدريب على التشبع بالمنبه، أعلن الطفل أنه يود التوقف عن إشعال الثقاب مرة أخرى، طالباً البحث عن لعبة أخرى يؤديها.

إستمرت الأم تحضر الطفل لمدة ستة شهور إضافية لعلاج بعض المشكلات الأخرى، وقد كان التحسن حسب إفادتها واضح جداً في سلوك الطفل، وتوقفت تماماً عملية إشعال الثقاب.

الفصل الرابع والعشرون

التغلب على مشكلة تبول لاإرادي بالطرق السلوكية

عند بلوغ الثالثة من العمر وما بعده يصبح التحكم بالتبول والتغوط من قبل الطفل أمراً ممكناً. وإن لم يتحقق التحكم هذا فإنه ينظر إلى التبول اللاإرادي[1] على أنه مشكلة سلوكية خصوصاً إذا ما أكد الفحص الطبي الشامل للطفل عدم وجود أي عيوب أو تشويهات خلقية في المسالك البولية أو أمراض عضوية تسبب حدوث هذه الظاهرة (Stanton, 1982).

وقد بينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال أن حوالي ١٩٪ من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لاإرادي ليلي. ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي منخفضة للغاية، إذ تبلغ ١٤٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى

(١) Nocturnal Enuresis

١٦٪ بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل حاد لتصل إلى ٣٪ فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاماً (Schaefer et. al., 1986). ولهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحياناً إلى ٩٣٪ (Mahoney, 1973).

والحالة التالية مثال جيد لحالة من حالات التبول اللاإرادي الليلي لفتاة في الثامنة عشرة من عمرها تم علاجها سلوكياً مستخدمين بشكل خاص أساليب التدعيم كفنيات علاجية مشتقة من نظرية التعلم الإجرائي (الفعال)[١].

وصف الحالة

قدمت إلى أحد الكتاب (رضوى إبراهيم) بالعيادة الخارجية بقسم الطب النفسي بإحدى المستشفيات الجامعية فتاة في الثامنة عشرة من عمرها تصحبها أمها. وقد بدأ واضحاً منذ المقابلة التشخيصية الأولى أن المريضة كانت تعزف عن الإحتكاك البصري مما أوحي بأنها تتسم بالخجل الشديد والحياء وعدم الثقة في نفسها، ومع ذلك فقد كانت من الناحية الجسمية على درجة عادية من الصحة والجمال والجاذبية.

الشكاوى الرئيسية

الشكوى الرئيسية لهذه الفتاة وكما عبرت عنها الأم - بنوع من اليأس الشديد - هي عدم قدرة إبنتها على ضبط نفسها في عملية التبول أثناء النوم. وقد أشارت الأم إلى مجموعة من التقارير والفحوص الطبية التي كانت تحملها معها بأن كل نتائج هذه التقارير أثبتت أن ابنتها طبيعية

(١) Operant Learing

طبياً، إذ ليس لديها أي مشكلة عضوية تدعو إلى استمرار التبول الليلي على نفسها كل ليلة. وقد ذكرت الأم أيضاً أن ابنتها استخدمت في السابق علاجات بالأدوية لفترات طويلة لمحاولة التوقف عن التبول اللاإرادي مثل التوفرانيل (Tofranill)وغيره من علاجات طبية أخرى، وجميعها لم تعط أي نتائج إيجابية في التغلب على هذه المشكلة. وقد أدى استمرار هذه المشكلة إلى وجود حساسية شديدة لدى الإبنة، فهي عادة ما تتأثر وتنفعل لأقل الأسباب، وتشعر بالتعاسة والرغبة في البكاء في أحيان كثيرة. كما تطور لديها عزوف واضح عن العلاقات الإجتماعية، فلم يكن لديها صديقات، وهي تميل إلى العزلة والإنفراد بالنفس لأوقات كثيرة، وتجنب الاحتكاك أو المشاركة في أنشطة الأسرة المختلفة على الرغم من إلحاح أمها عليها بالمشاركة، وكانت دائماً تجد المبررات لإبتعادها عن جو الأسرة بشكل عام. ورغماً عن شعورها بالضيق والغضب الشديدين تجاه أمها، فقد كان من الواضح أن مريضتنا متعلقة ومرتبطة بالأم إرتباطاً قوياً. فقد وصفتها في إحدى الجلسات العلاجية «بأن أمها مثل الملاك الذي أنزله الله لها كي يحميها من كل صعوبات حياتها» وقد بدا واضحاً أيضاً تعلق الأم بابنتها إذ عبرت الأم للمعالجة بأنها تحرص حرصاً خاصاً على هذه الإبنة، رغماً عن وجود ثلاث بنات أخريات لها: إثنتين أكبر من المريضة وواحدة تصغرها، إضافة إلى خمسة أبناء آخرين. فالأم تخاف على هذه الإبنة وتشعر بمعاناتها، وقد كانت صاحبة القرار الذي شجع الإبنة على المجيء إلى العيادة النفسية وطلب العلاج. وقد كانت هناك أسباب أخرى لطلب العلاج منها أن هناك أكثر من شاب يرغب في الزواج من هذه الإبنة خاصة بعد زواج أختها الكبرى وعقد قران أختها الثانية التي تكبرها بعامين. وقد ارتسمت ملامح من الحزن والحيرة والتردد في عيني كل من الأم والإبنة عند ذكرهما لفكرة الزواج وهي تعاني من مثل هذه المشكلة.

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والإكتئاب[١] حصلت المريضة على درجات مرتفعة على كلا المقياسين. وكان هذا مؤشراً إلى أن قلقها العصابي قد تفاقم إلى حد سبب الارتفاع في درجاتها على مقياس الإكتئاب بما يتضمنه من إحساس قوي باليأس والعجز. ولكن عملياتها المعرفية وقدراتها على التفكير والإستيعاب كانت بحسب الملاحظات المسجلة والإختبارات المستخدمة على درجة لا بأس بها ـ بالرغم من إنقطاع المريضة عن الدراسة منذ ثلاث سنوات بعد نهاية المرحلة المتوسطة، إذ فقدت الحماس للدراسة، ولم تمانع الأسرة في تركها المدرسة حينئذ والبقاء في المنزل حسب رغبتها. ولهذا فقد شعرت المعالجة بأن حالة التبول اللاإرادي هي المسؤول الأول الذي أدى إلى قصور المهارات الاجتماعية لدى المريضة وإلى تطور الأعراض المرضية الأخرى. ومن ثم أصبحت هذه المشكلة هي السلوك المحوري الذي استهدف الانتباه إليه والتركيز عليه في العلاج بحسب الخطة العلاجية التالية.

الخطة العلاجية

بما أن المشكلات التي تعاني منها مريضتنا متعددة، كان لا بد لنا من التركيز على مشكلة واحدة من بين هذه المشاكل لتكون محوراً رئيسياً للعلاج، بحيث يؤدي النجاح في التحكم فيها إلى تغيرات إيجابية تشجع المريضة على التغير في نواح أخرى وتشجع أسرتها على التعاون معها.

ولهذا تركزت الخطة العلاجية على مرحلتين أساسيتين:

كان التركيز في **المرحلة الأولى** على التبول اللاإرادي كسلوك محوري

---

(١) النسخة العربية من مقياس «زكرمان وليوبن» (Zuckerman & Lubin) والمترجم إلى العربية بعنوان «قائمة تحليل الصفات والمشاعر»، وهو يسمح بتقدير مستوى القلق والاكتئاب والعداوة (Ibrahim, 1990).

للعلاج. وبما أن موضوع التبول اللاإرادي هو محور اهتمامنا في هذا الفصل فسنركز عليه بتفصيل أكثر.

أما المرحلة الثانية فقد كان الهدف منها هو زيادة قدرات مريضتنا على الحوار ومبادلة الأحاديث الودية والعابرة، وتنمية المهارات الاجتماعية لديها مع تشجعيها على تغيير أنماط الإتصال وأساليب تفاعلها بأفراد أسرتها. ولتحقيق هذه المرحلة من العلاج فقد قسمت المرحلة الثانية إلى أربعة خطوات صغرى تهدف إلى تدريبها على:

١ ـ إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة أو المتابعة لموضوع معين.

٢ ـ ضرورة التعليق على ما تسمع على أن تتسم تعليقاتها بالتنوع بحيث تشتمل إما على إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ.

٣ ـ الإحتكاك البصري الملائم عند الحديث مع الآخرين.

٤ ـ التشجيع على إظهار الاهتمام بالآخرين، وتنمية علاقاتها بصورة تتسم بالدفء والتقبل.

وقد تم تدريب كل قدرة من هذه القدرات السابقة بشكل مستقل، واستغرق تدريبها على خطة العلاج بأهدافها الرئيسية عشرين جلسة علاجية على مدى خمسة عشراً أسبوعاً استغرقت كل منها حوالي ٤٠ دقيقة في المتوسط.

المرحلة الأولى:

للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي قامت المعالجة بتنفيذ البرنامج التالي للتدريب على التحكم في التبول وضبط المثانة، وتم ذلك بالإتفاق مع المريضة والأم معاً. وفيما يلي خطوات هذا البرنامج:

١ ـ استخدمت المعالجة جدولاً للمكافآت يشبه الجدول التالي.

جدول تدعيمات

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

النجمة معناها أن المريضة:

٢ ـ طلبت المعالجة أن يعلق الجدول في مكان خاص بالمريضة (مثلاً على الحائط بجانب سريرها أو في غرفتها أو في أي مكان تراه المريضة مناسباً).

٣ ـ شراء بعض الهدايا البسيطة لتستخدم كتدعيمات بحيث تتضمن أشياء ترغب المريضة عادة في شرائها مثل مأكولات أو مشروبات أو مجلات، وطلب من الأم أن تقوم بشراء بعض النجوم اللاصقة من المكتبة المحلية.

٤ ـ شرحت المعالجة للمريضة وأمها البرنامج بعبارات واضحة ومفهومة بالشكل الآتي:

«أريد أن أساعدك على أن تتوقفي عن التبول في ملابسك أثناء الليل، وأن تبقي جافة طوال الليل، فأنا أعرف أنها تسبب لك الازعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك. وسنستخدم لذلك برنامجاً للمكافآت، ونريدك أن تختاري الأشياء التي تعجبك أو تحبي أن تكون لديك من عدة مدعمات يتم تحديدها مسبقاً. وإذا مرت الليلة دون أن تبللي نفسك

فستحصلين على مكافأتك فوراً، وستحصلين على نجمة في هذا الجدول المعلق هنا».

٥ ـ تحول النجمة[1] في اليوم التالي إما إلى تدعيم مباشر باعطائها إحدى المدعمات المتوفرة، أو توفير هذه النجوم لاستخدامها للحصول على شيء أكبر في نهاية الأسبوع أو أي فترة أخرى. ونتيجة لهذا كان على الأم أن تعرض على الإبنة في نهاية اليوم الخروج لمبادلة المكافآت الرمزية (النجوم) بأشياء تشتريها في مقابل ما حصلت عليه، أو أسبوعياً إذا ما رغبت الإبنة في توفير نجوم أكثر.

٧ ـ طلب من الأم أن تقوم بتقديم المدعم الرمزي في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت الإبنة في الحفاظ على عدم تبولها.

٨ ـ إذا استمرت المريضة في التوقف عن التبول اللاإرادي كل ليلة لأسبوعين متتالين فالخطة تقتضي أن نعمل على تلاشي الاعتماد على المدعم الحسي تدريجياً بحيث يقدم المدعم يومياً في الأسبوع الأول، وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلى أن يتوقف المدعم المحسوس (الهدايا التي تم شرائها من قبل أو الهدايا الخارجية تماماً، على أن تستمر المريضة في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل لضمان استمرارية التدعيم الاجتماعي المتمثل في الانتباه للتغيرات الإيجابية.

٩ ـ ولكي نخفف على المريضة مخاوف الفشل فقد أخبرناها بأنها ستنجح

---

(١) بالرغم من أن طريقة التدعيم باستخدام النجوم يستخدم عادة مع الصغار والمتخلفين عقلياً، إلا أن المعالجة اضطرت إلى استخدام النجوم هنا نظراً إلى أن الأم، وهي الوسيط العلاجي في هذه الحالة، لم تكن على درجة عالية من التعلم، مما تطلب استخدام رموز محسوسة، مثل النجوم، يمكن للأم استخدامها بدون الاعتماد على أحد. وقد أثبت نجاح البرنامج العلاجي أنه من الضرورة بمكان الأخذ في الاعتبار المستوى الثقافي والتعليمي للوسيط المعالج عند وضع البرنامج العلاجي ليسهل على ذلك الوسيط تطبيقه. وحيث أن البنت تقبلت هذه الطريقة وتفاعلت مع أمها بحماس مرح فقد زاد هذا من إمكانية نجاح البرنامج العلاجي.

في بعض الليالي وستفشل في البعض الآخر في أول الأمر.

١٠ ـ طلب من الأم أن تستمر في تطبيق البرنامج حتى تنجح المريضة في الكف عن التبول على نفسها أثناء الليل. وفيما عدا ذلك كانت أوامر المعالجة للأم واضحة «لا تنتقدي، لا تؤنبي إذا ظهر السلوك السلبي (تبليل نفسها ليلاً)، وتصرفي بشكل عام بالتشجيع، واظهري اهتمامك وامتدحي سلوكها كلما بدر منها ما يدل على اهتمام بمظهرها ونظافتها».

وقد كان التغير في سلوك المريضة واضحاً للغاية، فقد توقف التبول الليلي اللاإرادي في نهاية الأسبوع الثاني من تنفيذ هذا البرنامج. وفي نفس الوقت بدأت المريضة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لأفراد أسرتها، وبدأت تظهر جوانب أخرى في سلوكها مثل قضاء وقت أكبر في صحبة الأسرة سواء داخل المنزل أو الخروج معهم للزيارات الاجتماعية. كما استمرت الأسرة في تجاهل جوانب السلوك غير المرغوبة، مع تشجيع الجوانب المرغوبة في السلوك باستمرار. وقد انعكس كل هذا إيجابياً على المريضة فبدأت تفكر في العودة إلى تكملة دراستها مرة أخرى والالتحاق بإحدى المدارس الليلية القريبة من منزلها للحصول على الشهادة الثانوية. وبدأت تنظر إلى المستقبل بتفاؤل أكثر إذ ذكرت للمعالجة في إحدى الجلسات العلاجية «بأنها تتمنى أن تصبح معلمة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة لحبها الشديد للأطفال في هذه المرحلة من العمر». وقد جعلتها كل هذه التغيرات الإيجابية هدفاً للكثير من الإستجابات الوجدانية من الأسرة والإهتمام.

وقد استمرت علاقتنا العلاجية بالمريضة بتشجيعها على التغير الإيجابي في المهارات الاجتماعية بحسب الخطة التي عرضنا لها في بداية هذا الفصل بعنوان المرحلة الثانية، والتي لا يتسع المقام هنا لشرح نتائجها أو تقويمها بسبب الاستمرار في العلاج حتى تقديم هذا الفصل للطباعة.

الفصل الخامس والعشرون

طفل شديد العناد ملحاح، وسهل الإستثارة

أسلوب ملطف للتغلب على مشكلات صعبة

تمثل الحالة التالية محاولة ناجحة لاستخدام أسلوب سلوكي ملطف وغير عقابي في مجال علاج المشكلات الاجتماعية للطفل. وقد ناقشنا أبعاد هذا الأسلوب في الفصل التاسع.

وتمثلت قيمة هذه الحالة في النقاط الآتية:

١ ـ بما أن هذه الحالة هي لطفل عربي فإن هذا يدل على إمكانية نجاح هذا الأسلوب في البيئة العربية.

٢ ـ وبما أن المريض في هذه الحالة لم يكن مقيماً في مؤسسة أو مستشفى عند البدء في خطة العلاج فإن النجاح في هذه الحالة يدل على فعالية التعاون بين الأسرة والمعالج (ع. إبراهيم)، وعلى إمكانية تدريب أفراد عاديين لتولي مهام علاجية فعالة.

٣ ـ أن الأسلوب المستخدم ـ وهو الأسلوب الملطف ـ يمثل تطوراً جديداً للإتجاه السلوكي يأخذ في الاعتبار بعض الإنتقادات الشائعة للإتجاه السلوكي خاصة عندما يستخدم في علاج العدوان، كما سنرى في تفاصيل هذه الحالة.

٤ ـ وما يزيد من أهمية هذه الحالة هو أن الإضطراب كان مصدره عضوي، إذ شخّص على أنه تخلف عقلي مصحوب بإفراط حركي، مما يوحي بإمكانيات كبيرة للعلاج السلوكي حتى عند التعامل مع المشكلات ذات المصدر العضوي.

وصف الحالة

كان «مصعب الناجي» في الثالثة عشر من العمر عندما حُول إلى عيادة العلاج السلوكي بالمستشفى الجامعي. ويعيش مع والدين وأخت تصغره بستة أعوام في إحدى المدن السعودية بعد إنتقال الأسرة من إحدى الدول العربية منذ ٧ سنوات.

ويعمل الأب في شركة تأمين كبرى، وهو يجيد اللغة الإنجليزية، ويهتم بالإطلاع على الكتب والمجلات العامة في الطب وعلم النفس. وبالرغم من أن إطلاعه قد أكسبه بعض الأفكار الخاطئة عن مشكلة إبنه، إلا أنه أبدى تعاوناً متردداً مع المعالج، وبدأ تدريجياً يغير أفكاره عن العلاج ويتحمس لخطة العلاج السلوكي في وقت قصير نسبياً.

أما الأم فإنها ربة منزل وتصغر الزوج بحوالي ١١ سنة ـ وقد وصف الأب علاقته بها بأنها تتسم بتقبل متبادل، إلا أن هناك، حسب تعبيره «عدم توافق في الطباع، يمكن بسبب فرق السن.. مع أنها من نفس العائلة.. وأحياناً فيه كثير من المشادات وصلت لدرجة الإنفصال.. المشاكل بدأت منذ زمن طويل.. أنا بطبيعتي عصبي.. هي يمكن حاسة إنني قافل على حياتها.. لكن هي بتسألني كثير في تفاصيل حياتي العملية.. وده بيزهقني، ويطلع عيني، ويشد أعصابي، لكن هدفها طيب.. ست كاملة من حيث متطلبات الرجل.. إلخ».

وللأسرة ثلاث فتيات أخريات ولكنهن جميعاً متزوجات ويقمن مع أزواجهن.

بدأت مشكلات مصعب منذ كان في الخامسة من العمر. وبالرغم من أن الأب يذكر أن الطفل بدأ يمشي في سن مبكرة (سنة وشهرين) ويلاغي في ٩ شهور.. إلا أن نموه اللغوي أخذ يتراجع.. مما جعله يبدأ الكلام في سن ٥ تقريباً.

الشكاوي

ختم الأب وصفه لإبنه ـ بعد أن ذكر سلسلة طويلة من المشكلات التي يعاني منها ـ بهذه العبارة: «لم أترك طبيباً نفسياً معروفاً أو غير معروف إلا وذهبت له». وقد عدّد للمعالج أسماء ومستشفيات وعيادات نفسية معروفة في مصر والسعودية.

وقرر أن مشكلات «مصعب متعددة»، وقد حاول المعالج بالتعاون معه أن يصوغها على النحو الآتي:

١ ـ يستمر في تكرار كلمات بشكل دائم، ويكثر من تكرار نفس السؤال حتى وإن كرر الأب له نفس الإجابة عدد من المرات. فالإبن يكرر عبارات مثل «أنت معصب يا بابا. إنت معصب»؟. «إنت زعلان.. مني»؟ «أنا كويس»؟؟ «ما تقوليش كفاية».. يكرر كل عبارة أكثر من ٣٠ مرة في المحادثة الواحدة.

٢ ـ يستجيب للمواقف بإنفعال شديد وغضب. وبالرغم من أنه لا يضرب ولا يعتدي على أحد ولا يحطم، إلا أنه، عندما يغضب ـ من الأب مثلاً ـ يندفع نحوه ويمسك يديه ويعيق حركته.

٣ ـ يخاف ويجزع من الحيوانات خاصة القطة التي تعيش في المنزل.

٤ ـ يجزع من أي جرح بسيط بالرغم من أنه لم يتعرض لإصابات من قبل.

٥ ـ تشتت الإنتباه وعدم التركيز.

٦ ـ قليل الصبر، ومندفع في أفكاره.

٧ ـ لا يستطيع أن يقرر حتى في الأشياء الخاصة والصغرى.
٨ ـ يكره المدرسة.
٩ ـ يؤذي نفسه باللطم والخربشة.
١٠ ـ التبول اللاإرادي ليلاً.

عُرض مصعب على قسم الطب النفسي بالمستشفى وذلك قبل أن يلتحق المعالج للعمل فيه. وتدل التقارير خلال الفترة السابقة على العلاج السلوكي على أن تشخيصات المريض إمتدت لتشمل: تخلف عقلي، إفراط حركي، إضطرابات سلوكية، صعوبات في النطق والكلام، إضطراب في الإنتباه والتركيز، وذهان طفولة.

وكان من نتيجة المشكلات التي عانى منها الطفل أن مدرسة تحفيظ القرآن التي كان ملتحقاً بها رفضت إستمرار قبوله. وعندما حوله الطبيب النفسي إلى مدرسة للتعليم الخاص والتربية الفكرية رفضت المدرسة بدورها قبوله. فقد كانت نسبة ذكائه ـ على حسب المقاييس التي استخدمتها المدرسة ـ تضعه في فئة تخلف عقلي معتدل، وتتراوح بين ٤٠: ٤٥، بينما هي لا تقبل إلا من تكون نسبة الذكاء عندهم ٥٠ على الأقل. فضلاً عن هذا فقد أفادت المدرسة بأن «الطفل كشف عند فحصه عن وجود مخاوف مرضية شديدة وقلق وعدم استقرار كما يعاني من حركة زائدة غير موجهة، ويحتاج لصبر وجهد كبيرين حتى يستجيب للمنبهات». ولهذا فهو يحتاج لعلاج نفسي لضبط مشكلاته السلوكية قبل قبوله بالمدرسة.

ونتيجة لهذا بقي الطفل في المنزل دون دراسة مع الاستمرار في زيارة عيادات الطب النفسي، على أمل أن يتحسن وتقبله مدرسة التربية الفكرية. وفي هذه الفترة بالذات أمكن للمعالج الحالي (ع. إبراهيم) أن يشترك في علاج الطفل.

المشكلات وأهداف العلاج

عندما أقبل الأب مع الطفل، كان من الواضح أن هناك قلقاً وتوتراً شديدين في كليهما. في خلال الجلسة الأولى تمت ملاحظة الطفل مع أبيه وكان هناك نوع حاد من التوتر في العلاقة بينهما. فكلاهما أبدى قلقاً حاداً وكان الأب بشكل خاص يعزف عن الإحتكاك البصري بإبنه ويتحدث عنه وكأنه غير موجود دليلاً على وجود درجة عالية من العزوف عن الإتصال الوجداني الإيجابي بالطفل.

أما الطفل نفسه، فقد كان ينظر إثر كل عبارة يتفوه بها إلى وجه الأب لكي يرى وقعها عليه، وكان يعدل ويبدل من إجاباته بناءاً على ما كان يقرأ في ملامح الأب ونظراته. وقد أبدى في ذلك مهارة شديدة فقد كان بين الحين والآخر يقطع من كلامه ليقول «إنت زعلان يا بابا.. أنا مبتكلمش كويس؟.. إنت معصب.. إنت معصب؟ إنت شكلك مش مبسوط مني.. مبسوط مني؟ مبسوط مني؟» وكان الأب يستجيب بالرد بعبارات مثل:

- أنا معصب بسبب تصرفاتك
- أنا حابقى مبسوط منك.. لو بقيت كويس
- أنا مش زعلان.. لكن متضايق من اللي بتعمله

لقد اتسمت علاقة التفاعل بينهما باختصار بما يأتي:

١ ـ الإفتقار إلى الاتصال الوجداني بالطفل.

٢ ـ إثارة مشاعر الذنب وإشعار الطفل بأن ما يعانيه الأب (أو الأسرة) هو بسبب تصرفات مصعب.

٣ ـ افتقار لغة التواصل إلى التحديد النوعي للمطلوب من الطفل أن يعمله والإكتفاء بعبارات عامة غير محددة في ذهنيهما «لما تبقى كويس» «إنت عارف أنا زعلان ليه»؟.

٤ ـ إن هذا النمط من الاتصال يخلق موقفاً متسماً بالضغط النفسي[1] ويخلق جواً أسرياً عاماً مشحوناً بالتوتر[2] طوال الوقت يستجيب له كلاهما بطريقة غير فعالة.

٥ ـ الطفل نفسه غير مدرب على إظهار الإستجابات التكيفية الملائمة في المواقف المشحونة بالتوتر. بعبارة أخرى فهو لا يحتمل معايشة التوتر أو الوسائل الغامضة خلال مواقف التفاعل مع الأسرة.

وقد أحس المعالج أن إضافة جزء خاص عن مشكلات التفاعل في داخل أسرة هذا الطفل تعتبر مطلباً حيوياً من مطالب العلاج ـ فضلاً عن المشكلات السابقة التي ذكرها الأب وذكرتها التقارير السابقة.

كذلك أحسسنا أن الهدف الرئيسي للعلاج يجب أن يتجه نحو العمل على إعادة «مصعب» للقبول بالمدرسة بأسرع ما يمكن. فبقاءه في المنزل يشعر الأسرة والطفل كليهما بالفشل، ومثل هذا الشعور لا يخلق مناخاً إجتماعياً إيجابياً صحياً. ومن ثم فقد تركزت أهداف العلاج على ما يلي:

١ ـ خلق مناخ إجتماعي تفاعلي مطمئن للأسرة.

٢ ـ تقليل المخاوف الاجتماعية للطفل، لأنها هي التي تعيقه عندما تطبق عليه المدرسة مقاييس الذكاء (حصل مصعب على نسبة ذكاء ٤٥ في مدرسة التربية الفكرية، بينما دلت التقارير السابقة أنه كان يحصل على نسبة ذكاء ٨٠، مما يدل على أن القلق والتوتر الاجتماعي للطفل في موقف الإختبار كان مسؤولاً إلى حد بعيد إذ يدل على ذلك تقرير مدرسة التربية الفكرية عن عزوفه عن التعاون في تطبيق المقاييس المستخدمة).

٣ ـ إعطائه فرص للنجاح في أداء بعض الأعمال حتى ولو كانت صغيرة في داخل نطاق الأسرة.

---

(١) Stress

(٢) Tension

الهدف القريب

١ ـ التوقف عن السلوك غير المرغوب بنسبة ١٥٪ في الأسابيع الثلاثة الأولى. وقد عرفنا السلوك غير المرغوب بأنه السلوك الدال على عدم الطمأنينة الإنفعالية مثل: تكرار الكلام وتكرار الأسئلة، والإمساك بيد الأب وإعاقة حركته.

٢ ـ إقامة علاقة إجتماعية مطمئنة بواحد أو أكثر من أفراد الأسرة. أي أن تزداد نسبة تفاعلاته الاجتماعية الإيجابية في الشهر الأول بنسبة ١٥٪. وقد تحددت العلاقات الاجتماعية بقضاء وقت ملائم يومياً في مبادلة الأحاديث، اللعب المستقل، عدم الإلتصاق الشديد بالأب أو الأم.

٣ ـ تناقص مخاوفه الإجتماعية وتزايد الوقت الذي يقضيه في اللعب مع الأطفال الآخرين، أو الخروج معهم لأطول مدة ممكنة.

تحليل السلوك

طلبنا من الأب أن يلاحظ الطفل، وأن يسجل ملاحظاته باستخدام جداول الملاحظة وقائمة السوابق واللواحق. وفيما يلي بعض الملاحظات التي سجلها الأب والتي تعطي مثلة لبعض الحوادث التي كانت تصدر عن الطفل، وكيف كان الأب أو الأسرة تستجيب لها.

الحادثة الأولى:

«أنا (الأب) مشغول بإعداد دواء لأخته. يدخل خلفي ويبدأ مباشرة «أنت مش زعلان مني» ويكرر ذلك بسرعة. وفي نفس الوقت يمسك بيدي المشغولة في إعداد الدواء ـ (حيث لا يهمه إلا أن أرد عليه بكلمة «لا» لمرات حتى يهدأ).

كيف استجاب الأب لذلك؟

كتب الأب الاستجابة التي حدثت نتيجة لهذا التصرف كالآتي:

«هذه المرة نهرته، حيث احتدت أعصابي لعدم إمكانية إسكاته في مرة أو إثنتين. طلبت من أمه أخذه بعيداً حتى لا أفقد كامل أعصابي معه نظراً لأن الدواء بين يدي وأحاول أعطيه لأخته. أمرته أمه أن ينصرف وعليه أن يهدأ وذلك بعد أن كنت أنا قد نهرته وأفهمته أني لن أجاوبه».

الحادثة الثانية:

«اليوم مساء الأربعاء.. أولاد العمارة أسفل خرجوا ولعبوا جميعاً في ساحة الدور. نزل «مصعب» وأخته الصغيرة. لكن كان على جانب الدرج عازل نفسه. لاحظه الأطفال الآخرون ومنهم من هو أصغر منه وأخذوا في معاكسته.. لكن خفت رد الفعل عليه».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«رغم خوفي من ردة الفعل عليه.. وملاحظتنا له سألته بتجاهل الأمر. وجدته متأثراً. ويود أن يتكلم ولكن يخشى ذلك.. أسأله ماذا لكن لا يجيب.
دخلت في الموضوع سألته هل هو خائف من الصغار.. قال العكس. أخبرته أنه إذا أحد آذاه أن يرد له الأمر ولا يستسلم للخوف».

الحادثة الثالثة:

«معظم الأوقات يصمم على الذهاب معي للصلاة في المسجد القريب. ذهبنا لصلاة الجمعة. وأخذت في قراءة المصحف، وأعطيت له قرآن.. حاول أن يقرأ بعض السور التي يعرفها حتى أذن المؤذن وبدأت الخطبة.
جلس مواجهاً من بعيد للخطيب الذي أخذ يحرك يديه بشدة أثناء الخطبة وبصوت عال محتد. وأخذ «مصعب» يضحك، وهو ينظر من حوله ويحاول كتمان الضحك.. واستمر كذلك إلى نهاية الخطبة في ضحكات متقطعة يكتمها ويعود إليها».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«شعرت بأن ذلك ليس مناسباً، معظم الوقت حاولت أن أنهه وأطلب أن لا يكرر ذلك ولكن لا فائدة».

الحادثة الرابعة:

«في مشوار بالسيارة.. أخذ في ترديد بعض الكلمات وأنا أقود السيارة وأنا أقول له «بس لحسن يحصل حادث». ولكن استمر يكرر بعدها: «مش حتعمل حادث؟ إنت معصب، لا تعصب، إنت مش معصب يا بابا.. جاوبني إنت مش زعلان مني.. ثاني مرة مش راح أعيد الكلام أنا ما أعيد الكلام».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«كنت أحتقن غيظاً.. ولاحظ أنني أحتقن غيظاً فيكرر بتوتر نفس الكلمات.. وكلما أنهره يزيد».

الحادثة الخامسة:

«إتصل تلفونياً بنا صديق من الخارج، لما رفعت السماعة تقدم مني وأخذ يكلمني مقاطعاً بشدة.. وهو يعرف هذا الصديق».

كيف استجاب الأب لذلك؟

«نهرته وأنا أحاول أن أركز على المكالمة.. وأشرت له أن يسكت، زاد توتره وأخذ يكرر: «بابا معصب.. بابا زعلان». أفهمته أنه يجب أن يسكت».

نكتفي بالحوادث الخمسة السابقة لأنها تمثل جيداً طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل والأسرة، ولأنها تكشف لنا عن الأخطاء السلوكية التي ترتكبها الأسرة في الإستجابة للطفل.. ومنها نلاحظ أن:

١ ـ سلوك الطفل وهو تكرار الكلمات عادة ما يستجيب له الأب والأم كلاهما بالانتباه السلبي.. أي الغضب، إحتقان الوجه، الأمر بالسكوت.

٢ ـ أن سلوك الطفل يتزايد ولا يتوقف نتيجة للانتباه السلبي.

٣ ـ أن التكرار وسلوك الطفل الذي تشكو منه الأسرة يحدث عادة في المواقف شبه الرسمية أو الدينية.. حيث تكون الأسرة (في العادة الأب) مشغولة عنه.

٤ ـ أحياناً يستجيب الأب للأمر بالتجاهل.. لكنه عادة يتجاهل الطفل

وليس السلوك الخاطىء فحسب. وحتى في هذا التجاهل عادة ما ينظر إلى الابن بغيط أو كما عبر في أحد المرات «أضغط على أسناني أو شفتي». بعبارة أخرى، كشف لنا تحليل السلوك عن أن جوانب السلوك اللاتكيفي التي تصدر عن الطفل (بما فيها التكرار، والقلق، وإيذاء الأخت، والضحك في أماكن غير ملائمة، وإعاقة حركات يد الأب) تسبقها دائماً ثلاثة عوامل:

أ ـ الحاجة للإنتباه والإستحواذ على اهتمام الأسرة أي عندما يكون الأب أو الأم مشغولين عنه بأمر هام.

ب ـ عندما يمثل الموقف ضغطاً على الطفل، أي عندما يتطلب الأمر منه القيام بواجبات إجتماعية أو أكاديمية محددة (في أوقات الصلاة، وأماكن العبادة والمدرسة).

ج ـ عندما يتضمن الموقف نتائج غير سارة. أي في ظل مواقف التهديد وإعطاء الأوامر والنهي واللوم والتخويف.

لقد كان واضحاً أن «مصعب» عندما كان يواجهه موقف من المواقف الثلاثة السابقة كان يدخل في حلقات متشابكة من السلوك غير المرغوب، بما فيها إبداء الخوف بشكل طفلي، وتكرار الأسئلة على نحو مغيظ، أو إعاقة حركات الأب. وفي مثل هذه الأحوال كان الأب ينهره، ثم يزداد إنفعاله فيضربه. وبعدها بقليل ـ وبتأثير مشاعر الندم والذنب ـ يغير الأب إتجاهه العقابي ليلاعبه أو يصحبه للخروج أو غير ذلك من مظاهر الإنتباه. لقد تعلم «مصعب» أن سلوكه السلبي ومخاوفه تعطيه في النهاية نتيجة إيجابية وهي الإنتباه والتدعيم. ومن ثم فقد ساعدتنا هذه الملاحظات على وضع الخطة التالية:

خطة العلاج

لقد تركزت خطة العلاج بحيث يكون هدفها الرئيسي هو خلق جو

أسري مطمئن وخالي من التوتر الحاد الذي كان من الواضح أنه يعوق التواصل الوجداني مع الطفل. لقد شعرنا أن خلق جو إجتماعي قائم على الثقة والتفاهم بين الطرفين سيمكن الأسرة من بذل كل الجهد للتقليل من المخاوف والتوترات التي يشعر بها الطفل والتي أدت من قبل إلى فشله في الإختبارات التي أعدتها المدرسة لقبوله. ومثل هذا المناخ سيساعد الطفل أيضاً على قبول التوجهات الإيجابية ومن ثم سيتمكن من تطوير إمكانياته بحيث يلتحق بالمدرسة بأسرع صورة ممكنة. لقد رسمنا هدف العلاج على أساس العودة السريعة للمدرسة بكل ما يتطلبه ذلك من التخلص من القلق والتوتر، فضلاً عن تنظيم التفكير والجهد. واعتقدنا أن كل ذلك يجب أن يبدأ من داخل الأسرة، وبالذات من خلال تحسين أنماط التفاعل باستخدام منهج للتعليم السلوكي وفق النقاط التالية:

أ ـ إقامة علاقة ورابطة مع الطفل.

ب ـ استباق مواقف الضغط النفسي ومعالجة الأمور قبل حدوثها.

ج ـ التعامل مع المشكلات عند ظهورها.

أ ـ إقامة رابطة وعلاقة مساندة مع الطفل:

١ ـ يمد الأب والأم الطفل برصيد مستمر من الإمتداح والإعجاب في حالة مساهمته في أي نشاط إيجابي، حتى وأن ظهر السلوك غير المرغوب في نفس الوقت.

٢ ـ يتجاهل الجميع السلوك السلبي طالما أنه لا يوجد خطر ظاهري منه على الأسرة أو على الطفل، مع الانتباه لأي مظاهر إيجابية حتى وإن كانت مجرد التوقف عن السلوك السلبي.

٣ ـ يحافظ الأبوان على نبرات صوت هادئة ودافئة، وتعبيرات وجه ودودة، احتكاك بصري ودي مع الربت على الجسم (بما في ذلك الربت على الكتف أو الظهر بين الحين والآخر). ومن ثم فقد طلبنا من الأب أن يتوقف تماماً عن إظهار علامات الامتعاض، أو النظر للطفل بشك أو

تأنيب وذلك لتدعيم وخلق علاقة متبادلة ومطمئنة بين الطرفين.

٤ ـ يشجع الجميع أي محاولة تصدر من الطفل للتواصل أو الحديث حتى وإن أدى ذلك إلى توقفك عن أداء عمل مهم. فمثلاً، إذا حاول «مصعب» مبادلة الحديث والأب يقود السيارة فقد طلبنا من الأب أن يتوقف عن أن ينهره أو يقول له «كفى أو توقف أو عيب أو أنت كررت السؤال قبل ذلك... إلخ». بل أن ينظر إليه بود، وابتسام، وأن يجيبه باختصار، فإن توقف عن ذلك فهذا جيد، أما إذا تطرق إلى حديث آخر فاستمر في إدارة الحوار الهادىء والنظرة الودية. ولكن إذا وجدت أن الطفل قد بدأ يتصرف بطريقة خطرة، أو حاول أن يمسك مثلاً بعجلة توجيه القيادة ما يشكل خطراً على قيادة السيارة، فقف على جانب الطريق، واستمر في حوارك معه، واسمح له ـ والسيارة واقفة ـ أن يدير عجلة القيادة وأن يختبرها لوقت كاف، حتى تشعر أن فضوله لذلك قد أشبع قبل أن تستأنف السير... وهكذا.

٥ ـ طلب من الأبوين ملء وقته بنشاطات متعددة ومحددة وقصيرة، يستطيع دائماً أداءها بنجاح. ويمكن لهذه النشاطات أن تمتد لتشمل تفاعلات إجتماعية (يتعاون مع الأب مثلاً في ترتيب الأثاث، أو قص بعض المقالات من الجرائد والمجلات) أو مساهمات روتينية (كنس، تنظيف طفايات السجائر وتفريغها، ترتيب الحجرة...) أو نشاطات تعليمية (قص ولزق، رسم، إعادة قصة أو حادثة سبق وأن شاهدها في الطريق مع الأب مثلاً... إلخ). وقد قام المعالج بالتعاون مع الأب في إعداد قائمة بهذه النشاطات روعي فيها أن تكون سهلة وممكنة الأداء. وقد أطلقنا على هذه القائمة اسم قائمة النشاط الإثابي، أي النشاط الذي ينتهي بإثابة الطفل لسهولته، أو لأنه يخلق فرصة لتدعيم الطفل وإثابته إجتماعياً من قبل الأسرة عند أدائه. فضلاً عن أنه يعطي للطفل فرصة لتحقيق بعض المكاسب وتذوق طعم النجاح، ومن ثم الحصول على تدعيم إجتماعي في ظروف مقبولة.

٦ ـ طلب من الأبوين كذلك عقد لقاء أسري من ٤ إلى ٥ مرات أسبوعياً

مدته نصف ساعة يلتقي فيها الطفل مع بقية أفراد الأسرة لتبادل المكافآت. وقد طلبنا من الأبوين أن يتجنبا خلال هذا الإجتماع النقد أو السخرية أو إعطائه قائمة بالأخطاء التي قام بها. بل طُلِب منهما عكس ذلك وهو التركيز على النواحي الإيجابية مع تقديم قائمة للطفل بالأشياء الإيجابية التي قام بها خلال الفترة السابقة.

٧ ـ عندما يكون الطفل منهمكاً في نشاط تعليمي بنفسه أو مع الأسرة فقد نصحناهم باستخدام أسلوب التعليم في صمت، أي التوقف عن التدعيم الإيجابي (المدح) أو العقاب (النقد) طالما أنه منهمك في نشاط معين، لقد تبين لنا من خلال ملاحظة الطفل أن التكرار والإلتصاق بالوالدين كانا نتيجتين واضحتين لعدم الإتساق والتخبط في الإتصال اللفظي بالطفل. وفي مثل هذا النوع من العلاقات تفقد الكلمات معناها وتفقد قوتها التدعيمية، فضلاً عن هذا فقد اكتشفنا أن كثيراً من أنماط الاتصال اللغوي بين الطفل «مصعب» وأبيه كانت من عوامل تهييج الطفل وإثارة توقعاته السلبية والتركيز على الحصول على انتباه الأب أكثر من التركيز على النشاط نفسه. وفي مواقف كثيرة كانت اللغة والإتصال بالطفل تتحول إلى طلبات وأوامر وإلحاحات ثم تنقلب إلى تهديد ثم مواجهة. ولهذا فقد كان التعليم الصامت في مواقف النشاط بديلاً للكثير من الأخطاء اللفظية في الإتصال والتعامل بالطفل.

ب ـ استباق مواقف التوتر:

بيّن تحليل سلوك الطفل أن المشكلات تثور بشكل حاد في المواقف الطارئة، أو الجادة، وعندما تكون الأسرة مهتمة بشخص أو ظرف آخر. ولهذا فقد اشتملت الخطة على تشجيع الأسرة على:

١ ـ التمهيد بالحديث معه قبل الدخول في مثل هذه المواقف. مثلاً، يطلب منه أداء عمل ما ويقال له «سأقوم الآن بالإتصال بالتلفون لفترة ١٠ دقائق.. فعليك إنهاء هذا العمل خلال ذلك».

٢ ـ إبلاغه مقدماً بما سيحدث وما نتوقع منه خلال الموقف القادم مثلاً:
«سنقود السيارة الآن وسنعود للمنزل فهل هناك شيء توده قبل أن نبدأ رحلتنا».

٣ ـ إعطائه فرصة للإختيار ومشاركته في اتخاذ القرارات الخاصة بهذه المواقف.
«سأعد الدواء الآن لأختك.. فهل تود أن تأتي معي أم تفضل أن تبقى أمام التلفزيون».

ج ـ المعالجة الملطفة للمشكلات غير المرغوبة عند حدوثها:

بالرغم من البرنامج الذي شرحناه فإننا نتوقع حدوث مواقف من شأنها أن تثير السلوك غير المرغوب: القلق.. التكرار.. إعاقة حركات الأب.. أو النشاط الزائد.. أو الإستثارة في أوقات غير ملائمة. في مثل هذه المواقف طلبنا من الأبوين إتباع خطوات أخرى منها:

١ ـ تجاهل السلوك السلبي ولكن لا تتجاهل الطفل.

٢ ـ غيّر موضوع التفاعل أو وجّه انتباهه لنشاط آخر.

٣ ـ استمر في عملية تغيير الموضوع والنشاط الجديد.

٤ ـ إدعم وكافىء الطفل إذا نجح معه أسلوب تغيير الموضوع واندمج في أي نشاط بديل.

٥ ـ حافظ على تعبيرات وجه وإحتكاك بصري متسم بالود (يعني تجنب الإمتعاض، أو النظرات الحادة، أو الصوت المحتد أو العالي..).

٦ ـ زوّد تدريجياً تفاعلك بالطفل للمحافظة على استمرار الرابطة والعلاقة الودية به.

النتائج

أما عن التحسن في سلوك المريض فقد كان واضحاً للغاية. إذ تحقق الهدف الرئيسي بعد انتهاء الإجازة الصيفية. فقد أعيد إختباره في مدرسة

التربية الفكرية وساعده انخفاض درجة قلقه على أداء مقاييس الذكاء بنجاح فقبل بهذه المدرسة، ولا يزال بها بعد تتبع لمدة عامين.

فضلاً عن هذا أكد الأب وجود تغيرات إيجابية إضافية في سلوك الطفل. وعدد الأب هذه التغيرات في النقاط الآتية:

١ ـ قلت عمليات الإمساك بي وإعاقة الحركة (الأب) أثناء الكلام.

٢ ـ تكرار الكلمات قلَّت نوعاً، وإذا كان أحياناً يكرر كلمات مثل «أنت زعلان مني ماتزعلش» إلا أن تكراره لها ليس بنفس المقدار.

٣ ـ يشغل نفسه أحياناً بامتطاء البسكليته واللعب بها ساعة أو ساعتين.

٤ ـ يحاول أن يتصرف ويعتمد على نفسه إلى حد ما.

٥ ـ يطلب المساعدة في الوقت الملائم ولهدف محدد (مثلاً رفع كرس دراجته).

٦ ـ يستخدم التلفون ليطلب أخته التي تعيش في مكان آخر.

٧ ـ يرد على التلفون ويأخذ رسالة. وإذا عرف الشخص يتكلم معه ويحاول أن يخلق مواضيع للحديث.

كما أكد الطبيب النفسي الذي كان يراه في مواعيد متقطعة أنه «قد تحسن كثيراً».

وبالرغم من أننا لا زلنا نرى الأسرة ولا زال الطفل يراجعنا لأسباب أخرى للمحافظة على هذه الإنجازات العلاجية.. إلا أن الهدف الرئيسي لخطة العلاج السلوكي قد تحقق بالكامل. وفي هذا الإنجاز دليل ساطع على إمكانية الإستفادة من هذه الخطة العلاجية في البيئة العربية، وفي أشد أنواع الاضطرابات السلوكية والعقلية حدة.

الفصل السادس والعشرون

حالة تعاقد سلوكي حولت أسرة من التنافر إلى التماسك

نظام التعاقد من الأساليب السلوكية التي تلقى اهتماماً كبيراً من المعالجين السلوكيين، إذ تبين أن القيام بوضع إتفاقات محددة شفوياً أو كتابيا له دور واضح في تحقيق التعديلات السلوكية المطلوبة وفي فترة قياسية، ويبدو أنها تكتسب فائدتها بسبب عوامل متعددة، نذكر من بينها ما يأتي:

١ ـ تساعد على تحديد الأهداف المطلوبة من الشخص (سواء كان الطفل، أو المعالج، أو الوالدين) وبطريقة دقيقة، مما يقلل درجات التوتر الذي تصاحب عادة المواقف التي لا تكون فيها الأهداف واضحة ومتبلورة.

٢ ـ تضع أمام كل طرف من أطراف التعاقد خطة عمل، وبالتالي تستثير الدافع والهمة لإنجاز الأهداف المطلوبة.

٣ ـ تمكن كل طرف من مراقبة الطرف الآخر، وبالتالي تحول الجميع كمراقبين للخطة العلاجية.

٤ ـ تساعد على التنبؤ بسلوك الآخرين.

٥ ـ تجعل عملية العلاج عملية مشتركة، ومسؤولية عامة تشارك فيها كل الأطراف الداخلية في العملية العلاجية، وبالتالي تخفف الضغوط الواقعة على الطفل من أنه هو المريض وهو المسؤول عن المشكلات المطروحة، ولهذا تقل الانفعالات السلبية كالغضب والمعاندة التي تمثل الخاصية الرئيسية المميزة لإضطرابات الطفل.

٦ ـ تساعد على التواصل في الجلسة العلاجية، والتفاعل اليومي في الأسرة، وبالتالي تحقق أهدافاً علاجية إضافية، مثل التماسك الأسري، والإنتماء، والتعبير الإيجابي عن الإنفعالات والحاجات الرئيسية.

٧ ـ ولأن كتابة العقد وما يتضمنه من توقعات سلوكية مطلوبة من كل فرد، وما يتضمنه من تدعيمات أو عقوبات جميعها تتم بالتراضي وموافقة كل الأطراف الداخلة فيه، فإنه يكشف لنا عن أشياء هامة خاصة بشخصية الطفل والأسرة. فهو مثلاً يبين لنا ما هي المدعمات، أو المنغصات الخاصة والشخصية التي تميز كل فرد، مما يعمق من فهمنا لشخصية الطفل، ولطبيعة العلاقات في داخل أسرته.

٨ ـ والتعاقد فضلاً عن هذا يفتح الفرصة أمام الطفل للنجاح، والإنجاز، والمكافأة (Goldenberg & Goldenberg, 196) وبالتالي يلعب دوراً إضافياً في تدعيم السلوك الإيجابي والبناء في الطفل والأسرة.

ولكي يحقق التعاقد الأهداف المطلوبة منه، يفضل أن يكون مكتوباً، وأن تتوافر فيه عناصر رئيسية من أهمها:

١ ـ وجود مشكلات محورية، مطلوب علاجها.

٢ ـ توقعات أو أهداف مطلوب القيام بها.

٣ ـ تدعيمات يمكن الحصول عليها عند القيام بالسلوك المرغوب.

٤ ـ عقوبات أو تكاليف توقع عند التكاسل عن أداء السلوك المرغوب.

٥ ـ فترة زمنية، ولتكن أسبوع، من المطلوب خلالها تحقيق التغير المطلوب، وتقييم الأداء.

وهناك عدة عوامل تحقق النجاح في استعمال العقد كوسيلة علاجية (DeRisi & Butz, 1975; Herbert, 198; Goldenberg & Goldenberg, 1996) منها:

١ ـ أن يقتصر العقد على حل مشكلة واحدة أو مشكلتين على الأكثر فتوزيع الجهد على عدد كبير من المشكلات يجعل من الصعب على الفرد متابعتها والتعامل معها.

٢ ـ أن تحدد المشكلات بصورة دقيقة وبلغة بسيطة وبصياغة سلوكية، وبشكل إجراءات يسهل ملاحظتها وتنفيذها، ويسهل على كل شخص فهمها. مثلاً من غير المقبول هنا تحديد المشكلات بشكل صفات مثل: أناني، أو كسول، أو غير مسؤول بسبب غموضها. ويمكن مثلاً القول، بدلاً من: «غير مسؤول»، أنه «لا ينجز واجباته المدرسية في وقتها» أو بدلاً من مستهتر: «لا ينظف مكانه» أو «لا ينظم مكتبه»... إلخ.

٣ ـ أن يركز على مشكلة يؤدي حلها إلى معالجة مشكلات أخرى فرعية، بدلاً من التركيز على مشكلات فرعية أو ثانوية قد تكون نتيجة لمشكلة أساسية.

٤ ـ يجب أن يتضمن العقد تدعيمات أو مكافآت يمكن الحصول عليها عند القيام بالسلوك المحدد في العقد كسلوك مطلوب، ويراعى في اختيار المدعمات أن تكون من إختيار الفرد، وأن تمثل بالنسبة له قيمة مادية أو معنوية أو إجتماعية، حتى تخلق دافعاً لأداء السلوك المرتبط بالحصول عليها.

٥ ـ يحدد شخص مسؤول عن تنفيذ بنود العقد، خاصة إذا كان المعالج غير متاح في كل الأوقات.

٦ ـ يراجع العقد أسبوعياً على الأقل، وتعاد كتابته حتى ولو كانت الأهداف لم تتغير.

٧ ـ إذا لم يحقق الهدف في الفترة المحددة، يجب البحث بسرعة عن المشكلات التي أعاقت تحقيقه، والعمل على تلافيها، أو كتابة عقد جديد إذا كان الالتزام بالأهداف السابقة أصبح غير ممكن.

٨ ـ يجب أن يحقق العقد مكاسب للجميع، وإلا كان من السهل خرقه في أقرب فرصة ممكنة. أي أن لا يكون مكتوباً من وجهة نظر فرد واحد: الأب أو الأم، بل يجب أن يعكس إحتياجات ورغبات الطفل أيضاً.

٩ ـ أن تكون الأهداف واقعية ويمكن تحقيقها. (من أمثلة الأهداف غير الواقعية: أن «يكون الأول على فصله» أو أن «يحصل على تقدير ممتاز في دراسته» أو أن «يكون مؤدباً مع الناس». فمثل هذه الأهداف غير واقعية لأن مسؤولية تحقيقها قد تفوق إمكانيات الطفل. وحتى إن كانت في إمكانياته، فإن الحصول عليها تقع المسؤولية فيه على أطراف أخرى كالمدرسين، ونظام المدرسة، والمنافسة الخارجية من أشخاص آخرين. وبالمثل من المقبول أن يكون الهدف مثلاً أن «ينجح في مواد الدراسة بدلاً من أن يكون الأول على الفصل، أو أن «يزيد من مقدار الأسئلة» من داخل الفصل وهذا أفضل من أن نقول: «حسن التصرف في المدرسة» لأن كلمة حسن التصرف غير مفهومة، وقد تعني في ذهن الوالدين معنى مختلفاً عما تعنيه في ذهن الطفل. ويعتبر العقد المرفق (ص ٢٥٠) نموذجاً جيداً للعقود المستخدمة في مثل هذه الأحوال.

عقد سلوكي

الاسم: ....

التاريخ: ....

للفترة من: .... إلى ....

نوافق الموقعون أدناه على القيام بأنواع السلوك الآتية:

المسؤوليات:	المزايا والتدعيمات:
١ ـ	١ ـ
٢ ـ	٢ ـ
٣ ـ	٣ ـ
٤ ـ	٤ ـ
٥ ـ	٥ ـ
٦ ـ	٦ ـ
٧ ـ	٧ ـ
٨ ـ	٨ ـ
٩ ـ	٩ ـ

مكافآت إضافية Bonus:

عقوبات Penalty:

توقيعات:

ويشتمل هذا العقد فيما هو واضح على بيانات عامة بما فيها اسم المتعاقد، والمسؤوليات المطلوبة منه، والتدعيمات التي ستلحق قيامه بالمسؤوليات المطلوبة، ويلاحظ أن المسؤوليات المطلوب منه تنفيذها هي نفسها التي تحدثنا عنها من قبل على أنها ممثلة للأهداف المطلوب تحقيقها. ويفضل عند كتابة هذين البندين، يعني المسؤوليات، والتدعيمات، كتابتهما بشكل شرطي (إذا فعل ذلك... يحصل على ذلك) أي على حسب النماذج الآتية:

مثال ١: إذا أنهى (سامح) واجباته المدرسية فور عودته من المدرسة، فإنه سيسمح له بمشاهدة التلفزيون لمدة ساعة.

مثال ٢: إذا استيقظ (صالح) يومياً مبكراً، ودون أن يتخلف عن مدرسته فإنه سيحصل على ما يعادل ثمن وجبة خارجية في ذلك اليوم.
وهكذا...

أما البند الخاص بالمكافآت الإضافية، فيجب وضعه بصورة تسمح باستمرار أداء السلوك الإيجابي. ففي المثال الأول للطفل (سامح) يمكن أن تكون المكافأة الإضافية، هي: يسمح له بمشاهدة التلفزيون ثلاث ساعات، في الأسبوع الثاني، إذا استمر منتظماً في أداء واجباته المدرسية فور عودته. أما بند العقوبات أو الجزاءات، فيمكن أن تكون في المثال نفسه: يحرم (سامح) من اللعب مع أقرانه إذا لم يقم في أي يوم بأداء واجباته المدرسية في الوقت المحدد له.

حالة أسرة عربية تحولت من التصارع إلى التماسك:

شكت السيدة (منى) من عدد من المشكلات والضغوط التي بدأت تتراكم عليها وعلى أسرتها في الفترة الأخيرة. فبعد قراءتها للطبعة الأولى من هذا الكتاب، أحست بأنها تعاني من مشكلات في توجيه أطفالها، وفي تنظيم حياتهم، وبالتالي حياة الأسرة بأكملها، التي كان يبدو أنها على

وشك الإنهيار. ذكرت وهي تجهش بالبكاء أنها أصبحت عاجزة عن قيامها بدور الأم بكل ما يتطلبه ذلك منها من قدرات على تنظيم حياة أبنائها. فللسيدة (منى) ثلاثة أولاد، أكبرهما (عبدالله) ويبلغ ١٩ سنة من العمر، و(صالح) ويبلغ ١٧ سنة من العمر، و(سامح) في الحادية عشر. وقد ذكرت أنها تعاني من عدد من المشكلات طلبت مني أن أعينها عليها. فهي تجد نفسها هذه الأيام تثور لأتفه الأسباب، كما عانت من أعراض أخرى بما فيها: البكاء والصداع، والعجز عن الإسترخاء. وتتكون أسرة السيدة (منى) بالإضافة إلى أولادها الثلاثة من زوجها، والطفلة الصغيرة (هدى) في الثالثة من عمرها. وذكرت السيدة (منى) أن هناك تقريباً مشكلة بالنسبة لكل فرد في الأسرة، أمكن لنا صياغتها معها على النحو الآتي:

* الزوج وهو رجل أعمال ناجح، أفادت أنه نادراً ما تجده بجوارها، فهو يقضي جل وقته، وينتقل من مدينة إلى أخرى متفقداً أعماله، وفي أحيان كثيرة يضطر للسفر خارج وطنه لمصر وأوروبا لنفس الهدف، حسب إفادته، ويتركها وحدها تعاني، بالإضافة إلى أعبائها الأخرى من مشكلات توجيه وتنظيم حياة أولادها ومشكلاتهم الدراسية، والضغوط المرتبطة بمرحلة النمو والمراهقة لإبنين من أبنائها.

* إبنها الأكبر بدأ سجله الدراسي في الهبوط، فبعد أن كان ينجح باستمرار أخذت درجاته خاصة في النحو واللغة العربية تتدهور بصورة ملحوظة. ولم يفد التحاقه بفصول للتقوية بعد انتهاء اليوم الدراسي في معالجة المشكلة. بل على العكس، أدى التحاقه بتلك الفصول إلى أنه كان يقضي وقتاً طويلاً بعد المدرسة، ونتيجة لهذا كان يصل إلى المنزل متأخراً، ومرهقاً بشكل لا يسمح له بمواصلة إنجاز عمله.

* الإبن المتوسط (صالح) مرهف، وحساس، ويبكي كثيراً، وقد بدأ يرفض الذهاب إلى المدرسة، وأصبحت الحياة بسبب عزوفه عن المدرسة (نكد في نكد كل يوم في الصباح) فيما أشارت السيدة. فضلاً عن هذا، فقد

كان أيضاً يلاعب أخته هدى بطريقة خشنة، مما يودي إلى تدخل أخيه الأكبر، والدخول نتيجة لهذا في عراك مستمر بالأصوات العالية، وأحياناً بالتشابك بالأيدي.

* أما (سامح) فعلى الرغم من قلة مشاكله نسبياً إلا أنه بدأ في الفترة الأخيرة يجد صعوبة في تنظيم جدوله الدراسي، كما أنه يميل لإصدار أصوات عالية مفاجئة خلال اللعب مع إخوته.

* كما أن حالة الأم نفسها بدأت تسوء، وأصبحت تعاني من الصداع وأنها توشك على الإنهيار. وقد زاد في تزايد مشكلاتها، أن والدها، أصيب متأخراً بحالة من الشلل في الجانب الأيسر، أقعدته في المستشفى. وأضاف ذلك إلى أعبائها، بسبب الوقت الذي كانت تمنحه إياه.

بعبارة أخرى، أمكن صياغة مشكلات السيدة (منى) في محاور رئيسية منها:

* مشكلات إنفعالية، أرق، اكتئاب، عجز عن الإسترخاء، صداع.

* مشكلات علاقتها بزوجها، الذي لم يكن فيما أشارت متعاطفاً أو مدركاً لعمق المشكلات التي تعاني هي منها.

* إبنها الأكبر يعاني من مشكلات دراسية من أهمها تدهوره الدراسي الذي تبين أنه مرتبط بعجزه عن تنظيم وقته، بشكل أعجزه عن متابعة الدروس يوماً بيوم.

* الإبن المتوسط الذي تطور لديه خوف من المدرسة أدى إلى رفضه الذهاب لها يومياً. فضلاً عن إحتمالات تطور بعض الإضطراب الإنفعالي كنتيجة لعدم المتابعة المدرسية، والإكتئاب.

وهكذا تلخصت الخطة العلاجية في نقاط تتناسب مع طبيعة هذه المشكلات:

* علاج فردي لتدريب السيدة (منى) على الإسترخاء، وتكوين إتجاه عقلاني للتدرب على مواجهة الضغوط، واستخدام بعض الفنيات السلوكية الأخرى للتغلب على الأرق، والإكتئاب، وثورات الغضب، والإنفعال.

* لقاءات بينها وبين زوجها لتحسين أنماط الإتصال بينهما، ومساعدتهما على وضع أهداف مشتركة فيما يتعلق بمسؤولياتهما تجاه الأسرة، ولتحقيق قدر من الإشباع النفسي والإنفعالي.

* لقاءات أسرية مع أفراد الأسرة ككل، وبحضور الزوج، بهدف: تنظيم العمل المدرسي، وخلق مسؤوليات وأهداف مشتركة، وللتغلب على التوتر الإنفعالي، والصراع الشديد، المشاحنات التي بدأت تتبلور مؤخراً. وفي هذا الجزء تحددت لكل فرد من أفراد الأسرة خطة للقيام بالمسؤوليات الشخصية بشكل مستقل، وذلك بهدف خلق إحساس بالمسؤولية، والإستقلال لكل فرد، في تحقيق الأهداف المشتركة. ومن ثم الإقلال من الإعتماد الشديد على الأم، مما يمنحها وقتاً أطول للراحة، ومواجهة الضغوط، والإقلال من إلحاحاتها. ولهذا فقد إعتمدت الخطة العلاجية بالنسبة لهذا الجزء على كتابة تعاقد مستقل لكل فرد.

ونركز هنا على هذا المحور العلاجي الأخير، لملائمته لموضوعنا.

العوامل التي روعي مراعاتها في كتابة عقود «أسرة» السيدة (منى):

١ ـ أن تكون المسؤوليات المطلوب من كل فرد تحقيقها متفق عليها من الجميع، بما فيهم طبعاً المتعاقد.

٢ ـ أن توضع الأهداف في شكل أعمال سلوكية نوعية يمكن تحقيقها، وقابلة للتنفيذ.

٣ ـ أن تحقق مكاسب مشتركة للجميع.

٤ ـ أن توضع الأهداف وتصاغ بشكل إيجابي، أي أن تكون أعمالاً سلوكية يمكن إنجازها، وليس مجرد أشياء يتوقف عن أدائها فحسب.

٥ ـ أن يلحق أداء هذه المسؤوليات بمزايا وتدعيمات، وأن لا يتم تقديم هذه التدعيمات والمزايا إلا بعد أداء المسؤوليات المطلوبة، وليس قبلها.

٦ ـ أن يشترك أفراد الأسرة جميعهم في الحث على تنفيذ المسؤوليات المطلوبة من كل فرد.

٧ ـ إذا امتنع أحد الأفراد عن أداء المسؤوليات المطلوبة، حتى بعد الحث المستمر، يتم لقاء أسري في نفس اليوم، لمراجعة البنود، وللبحث عن أسباب إمتناع الفرد عن القيام بمسؤولياته. وإذا تعذر على أفراد الأسرة خلق الإلتزام المشترك، يتم اللقاء تحت إشراف المعالج.

٨ ـ يشجع مراجعة العقد بين الحين والآخر، ويوصي بالإمتناع عن الإنفعالات والإدانات عند حدوث عجز عن تحقيق البنود المطلوبة، والنظر إلى هذه المشكلة بصفتها تحتاج لمزيد من المناقشة وتبادل وجهات النظر، وإعادة صياغة الهدف، بحيث يحقق النجاح المرجو منه.

وتبين الأشكال المرفقة العقود التي صيغت لكل فرد من أفراد الأسرة:

عقد سلوكي

الاسم: عبدالله   التاريخ: ٢٥ ـ ١١ ـ ١٩٩٦م

للفترة من: ٢٦ ـ ١١ ـ ١٩٩٦م   إلى ٣ ـ ١٢ ـ ١٩٩٦م

نوافق الموقعون أدناه على القيام بأنواع السلوك الآتية:

المسؤوليات:	المزايا والتدعيمات:
إذا قام بالأعمال الآتية:	**تحصل على ما يلي:**
١ ـ حضور المدرسة بانتظام	١ ـ يتوقف جميع أفراد الأسرة عن الإلحاح عليه بهدف المذاكرة طالما أنه أنهى الواجبات المطلوبة منه.
٢ ـ حضور فصول التقوية في اللغة العربية من الساعة ٣:١٥ عصراً حتى ٦:٠٠ مساء وأن يعود فوراً إلى المنزل	٢ ـ الحصول على مدرس خاص في الرياضيات قبل الإمتحان بشهر واحد.
٣ ـ أن ينهي واجباته المدرسية المنزلية من الساعة ٧:٣٠ حتى ٨:٣٠ مساء.	٣ ـ الخروج إلى مجمع الراشد للترفيه مع أصدقائه يوم الأربعاء حتى الساعة العاشرة والربع مساء.
٤ ـ عدم الخروج خلال أيام الأسبوع بعد الساعة ٨:٣٠ مساء.	٤ ـ مشاهدة التلفزيون لمدة ساعة بعد الإنتهاء من الأعمال المطلوبة.
٥ ـ إتمام كل الأعمال المدرسية من الساعة ٨:٣٠ وما بعدها.	

مكافآت إضافية **Bonus**: إذا انتظم عبدالله في أداء المسؤوليات المطلوبة، ونجح في الامتحان الشهري سيساعده الأب في الحصول على تصريح قيادة السيارة، ويسمح له بقيادة السيارة لمدة ساعة يومياً في وقت يتفق عليه في جلسة قادمة.

عقوبات **Penalty**: في حالة عدم الإلتزام يحرم من مشاهدة التلفزيون لمدة يومين.

توقيعات:

يراجع هذا العقد بعد أسبوع من تاريخه.

أما عقد الابن المتوسط (صالح) فقد اتفق الجميع على أن يكون على النحو التالي:

عقد سلوكي

الاسم: صالح (الابن المتوسط)

التاريخ: ٢٥ ـ ١١ ـ ١٩٩٦م

للفترة من: ٢٦ ـ ١١ ١٩٩٦م إلى ٣ ـ ١٢ ـ ١٩٩٦م

نوافق الموقعون أدناه على القيام بأنواع السلوك الآتية:

المسؤوليات:	المزايا والتدعيمات:
إذا قام بالأعمال الآتية:	تحصل على ما يلي:
١ ـ حضور المدرسة بانتظام	١ ـ التوقف عن مجادلته في دروسه بعد قيامه بالمطلوب.
٢ ـ من الأحد إلى الأربعاء يقوم بتخصيص وقت منتظم للمذاكرة بما فيها حل الواجبات المنزلية من الساعة الثالثة حتى الخامسة مساء.	٢ ـ أن يتوقف أخوه الكبير عبدالله عن التدخل عندما يلعب صالح مع أخته. في حالة الضرورة على أخيه إبلاغ الأم أو الأب.
٣ ـ الذهاب للنوم الساعة ١٠,٠٠ والإستيقاظ يومياً الساعة ٦,٣٠ صباحاً.	٣ ـ مشاهدة التلفزيون من الساعة ٦,٠٠ إلى ٧,٠ مساء.
٤ ـ حماية أخته أثناء اللعب معها، وتجنب الخشونة في ملاعبتها.	٤ ـ الذهاب يوم الخميس للشاليه.

مكافآت إضافية Bonus: إذا استمر سامح بانتظام في أداء المسؤوليات المطلوبة، ونجح في الانتظام في الذهاب إلى المدرسة سيخرج مع والده لمدة نصف ساعة للتدرب على قيادة السيارة بعد صلاة الجمعة. كذلك سيخرج مع أخيه للتنزه في السيارة على أن لا يتداخل ذلك مع الخطة المرسومة لكليهما.

عقوبات Penalty: ١ ـ سيوقظ مبكراً بنصف ساعة.

٢ ـ يحرم من شرب الميرندا لمدة أسبوع.

توقيعات:

يراجع هذا العقد بعد أسبوع من تاريخه.

كذلك تمت مناقشة التعاقد مع الابن (سامح) على النحو التالي:

عقد سلوكي

الاسم: سامح (الابن الأصغر)

التاريخ: ٢٥ ـ ١١ ـ ١٩٩٦م

للفترة من: ٢٦ ـ ١١ ـ ١٩٩٦م إلى ٣ ـ ١٢ ـ ١٩٩٦م

نوافق الموقعون أدناه على القيام بأنواع السلوك الآتية:

المسؤوليات:	المزايا والتدعيمات:
إذا قام بالأعمال الآتية:	**تحصل على ما يلي:**
١ ـ حضور المدرسة بانتظام	١ ـ مشاهدة الفيديو من ٧ إلى ٨ مساءً.
٢ ـ الواجبات المنزلية والأعمال المدرسية تُنهى في الفترة من ٣,٠٠ إلى ٦:٠٠ بحسب الخطة المتفق عليها في الجلسة والمسلمة له مكتوبة.	٢ ـ الاتصال الهاتفي بأصدقائه بعد الانتهاء من أعماله.
٣ ـ يتوقف عن الصراخ المفاجيء أثناء اللعب.	٣ ـ يسمح له باللعب مع أقرانه لساعة واحدة قبل المغرب.

مكافآت إضافية Bonus: شريط كمبيوتر C D بعد شهر من الإنتظام في الخطة الدراسية والسلوكية المتفق عليها.

عقوبات Penalty: في حالة عدم الإلتزام يحرم من مشاهدة التلفزيون لمدة يومين.

توقيعات:

يراجع هذا العقد بعد أسبوع من تاريخه.

المتابعة:

من المدهش أن النجاح كان واضحاً منذ الأسبوع الأول، فقد إتصلت السيدة (منى) بعد أسبوع واحد، وهي منبهرة بسبب التغير الإيجابي في العلاقات الأسرية. فقد توقفت تقريباً جميع المشكلات التي دفعتها لطلب المشورة، فقد انتظم الأولاد في المدرسة. وقلت الصراعات الأسرية إلى حد بعيد. وعبرت عن رغبتها في مواصلة الخطة العلاجية المشتركة. ولما كان النجاح سريعاً وإيجابياً، فقد شجعتها على الاستمرار في مراجعة العقد بصورة منتظمة لمدة ثلاثة شهور على الأقل، حتى ترسخ العادات الإيجابية الجديدة. ويبدو أن هذا النجاح السريع للخطة، كان بسبب الظروف الأسرية للسيدة (منى). فهي على درجة عالية من التعليم، وأفراد الأسرة بالرغم من الصراعات المتكررة يحملون تجاه بعضهم البعض الكثير من المشاعر الإيجابية والمودة. وقد جاءت اللقاءات مع المعالج لتوضح لكل منهم هدفاً معقولاً لم يثر مقاومة تذكر فيما يتعلق بطرق تعبيرهم عن الود المطلوب.

ولهذا فإننا نشجع المعالجين من الأخصائيين النفسيين والأطباء والأخصائيين الإجتماعيين على استخدام هذا النظام من العلاج التعاقدي في البيئة العربية، ليس فقط للنجاح الباهر في علاج المشكلات السلوكية بل لدور مثل هذا النوع من العلاج في جعل جو الأسرة أكثر إيجابية لأنه يقلل الحاجة إلى الاعتماد على الطرق التسلطية في التحكم بالسلوك.

ولا زال المعالج يرى السيدة (منى) في جلسات فردية تدرب خلالها على بعض الفنيات السلوكية للتغلب على حالة الإكتئاب، والصداع والمعاناة بسبب إستمرار العلاقة الأسرية المتوترة مع الزوج. وتمثل العلاقة بالزوج محوراً ثالثاً من العلاج السلوكي لهذه الأسرة، وتحدياً لم يخضع للتخطيط العلاجي بعد. ونتوقع من جانبنا نتائج إيجابية، خاصة إذا نجحنا في جذب الزوج لعدد من الجلسات المشتركة مع زوجته، لمساعدته على تحقيق لغة

إتصال إيجابية، ولعدد من الجلسات الفردية نشجعه خلالها على طلب العلاج المعرفي للتعرف على الدوافع، أو الإحباطات التي يواجهها في العمل أو العلاقات الأسرية والإجتماعية الأخرى التي ربما تلعب دورها فيما يتعلق بتجنبه للتفاعل الإيجابي مع الزوجة والأسرة.

الباب الخامس

إيقاعات النمو وطباع الشخصية

مقدمة الباب الخامس

«وكـــل طـريـق أتـــاه الفــتى   على قـدر الرجـل فـيـه الخـطى»

المتنبي

«إن الإنسان ليس حيواناً متعقلاً، إنه قادر على التعقل فحسب»

جوناثان سويفت

حذرنا في موقف سابق (الفصل الأول) من التعجل في وصف سلوك طفل معين بالشذوذ أو المرض. إذ أن كثيراً من الشكاوي عن تصرفات الأطفال التي يجهر بها الآباء أو المشرفون على رعايتهم، بما فيها العدوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والتبول اللاإرادي، وإضطرابات النوم، قد تكون سمات من سمات النمو الرئيسية. وتفترض البديهة الإجتماعية والحس الذكي ـ ويتفقان في ذلك مع توجيهات علماء النفس ـ أن نتجه في مثل هذه الحالات إلى تشجيع هذه الجوانب السلوكية إلى أن يتخطاها الطفل إلى المراحل التالية بنجاح.

وهدفنا هنا هو أن نطلع القارىء على بعض قوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه التمييز في سلوك الأطفال بين ذلك الذي تفترضه متطلبات النمو، وذلك الذي يمكن وصفه بالمرض أو الشذوذ.

الفصل السابع والعشرون

النمو والتغير في السلوك

الحب والنوايا وحدهما لا يخلقان طفلاً صحيحاً وآباء ناجحين. فهناك جوانب أخرى في نمو الطفل، ينبغي أن يلم بها الآباء والمعلمون من شأنها أن ترشِّد نوايانا الطيبة وحبنا للطفل حتى نعامله بصورة أكثر فاعلية. ولعل أهم ثلاثة أشياء ينبغي معرفتها عند التعامل مع الطفل هي ما يأتي:

١ ـ أن السلوك الإنساني عموماً ـ بما فيه سلوك الطفل ـ يتطور وينمو في مراحل ودورات. صحيح أن هذه المراحل قد تتداخل فيما بينها من خلال فترات إنتقال بين كل مرحلة والمرحلة التي تليها، لكن السلوك بشكل عام ينبثق على فترات. ولهذا فمن الممكن التنبؤ به ومن ثم الإعداد له بما يلزم لمزيد من الانطلاق والتطور. بعبارة أخرى، ومع إتفاقنا بأن سلوك الطفل في المستقبل سيكون مرتبطاً بطريقة ما بما يلقاه من رعاية أو إهمال أو تعامل أبوي، فإن هناك جوانب مهمة في سلوك الطفل تعتمد في نموها وتطورها على عوامل أخرى شائعة، بعضها بيولوجي وبعضها اجتماعي خارج عن سيطرة الأبوين.

٢ ـ السلوك الإنساني ـ في كثير من أجزائه ـ يعتمد على عوامل بنائية ومعنى هذا، أن الطفل يتصرف ويسلك بهذه الطريقة أو تلك بسبب بنائه البدني واستعداداته الجسمانية.

٣ ـ ينبغي التنبه دائماً إلى مرحلة النمو التي يعيش فيها الطفل وذلك قبل

القفز بالحكم على سلوكه بالمرض مثلاً. وقد بيّن جيزيل Gesell ـ منذ فترة طويلة ـ أن البدء بتدريب الطفل مبكراً على أداء نشاط معين وقبل أن يكون مستعداً من ناحية النضوج العضلي والمهارات الأساسية قد تكون له نتائج سلبية، وضرره يكون أكثر مما لو لم نقم به على الإطلاق.

٤ ـ النمو لايسير بطريقة مستقيمة ولكنه يأخذ أحياناً شكلاً حلزونياً. صحيح أنك تتوقع نضوجاً أكثر كلما تقدم الطفل في العمر، لكن هذه القاعدة ليست صحيحة على إطلاقها. فالنمو والنضوج يسيران أحياناً بشكل دورات تفصل بينهما مراحل من عدم النضوج والسلوك الطفلي سبق للطفل أن مر بها من قبل. فمثلاً تكشف بعض الدراسات المحكمة عن سلوك الأطفال في السنوات العشر الأولى من العمر، وأيدتها في ذلك دراسات أخرى عن الأطفال حتى سن السادسة عشرة، أن السلوك يتطور في شكل دورات: تحدث الدورة الأولى بين سن الثانية والخامسة وتتكرر نفس الدورة بين سن الخامسة والعاشرة، وتحدث نفس الدورة مرة أخرى بين سن العاشرة والسادسة عشرة (Ilge, Ames, & Baker, 1982).

والمتفق عليه عموماً أن الطفل في الأعمار ٢، ٣، ٥، ٦,٥، ١٠، ١٢، يكون أسهل قياداً وتوازناً من الطفل في سن ٢,٥، ٥,٥، ٩، ١١، ١٥، فالطفل في الفئات العمرية الأخيرة يتميز بسلوك أصعب، وأكثر تعثراً واختلالاً من السلوك في الفئات العمرية الأخرى.

ومن ثم نجد انتشاراً أكثر للمخاوف المرضية والقلق والاضطرابات العصابية في الأعمار ٥,٥ و٩ و١١ و١٥، إلا أنه لا يعني ذلك القبول بهذه الاضطرابات في هذه المراحل كما سنرى.

إعتبارات أخرى:

إن القبول بمراحل النمو لا يعني أن كل الأطفال سيمرون بنفس التغيرات العضوية في نفس الوقت، وبنفس الوتيرة. صحيح أن الغالبية

العظمى من الأطفال العاديين تتماثل في السلوك الإنفعالي أو الإجتماعي عند الدخول في مرحلة من مراحل النمو، لكن هناك ـ بالطبع ـ أطفال سيتأخر دخولهم لمرحلة معينة، وآخرون يسبقون غيرهم في دخول تلك المرحلة. لهذا فإن الإختلافات بين الأطفال في العمر الواحد أمر ينبغي توقعه وينبغي حسابه.

إذن فإن الأهم هو الترتيب الذي تمر فيه مراحل النمو وليس التحديد الدقيق للعمر المناسب للدخول لهذه المرحلة أو تلك.

والانتقال من مرحلة إلى أخرى يعني أن سلوك الطفل قد ينقلب إلى ضده. فالطفل في سن الخامسة مثلاً قد يبدي تعلقاً شديداً بأمه فيتبعها كالظل أينما تذهب، ولكنه في السادسة يدخل في مرحلة إمتداد إجتماعي، فلا تراه الأم لأنه في غالبية الوقت إما خارج المنزل أو مع أصحابه، أو مستغرق في اكتشاف شيء جديد في المنزل أو في الخارج. ويتطلب التوازن في النمو أن لا نسمح بالتحكم الكامل لأحد الميول بسلوك الطفل، بل أن يوجه الطفل للتكامل بين اتجاه وآخر، كالتعلق والإنفصال عن الأسرة مثلاً، لأن القبول بغلبة أي ميل سيكون تخلياً عن إحدى نواحي التكامل الصحي والنمو السليم.

وينبغي أيضاً أن نتذكر بأن لكل مرحلة من مراحل النمو إيجابياتها وسلبياتها. لكن يجب أن نتذكر أن هذه الإيجابيات أو تلك السلبيات ينبغي تقويمها في ضوء متطلبات المرحلة ذاتها، وليس حسب قيمنا أو متطلباتنا الشخصية. بعبارة أخرى، فإنه ينبغي تقويم خصائص كل مرحلة بالمقارنة بالغالبية العظمى من الأطفال العاديين. مثال: الطفل في سن ٥,٥ إلى ٦ قد يكون أكثر تمرداً وعدوانية وإلحاحاً وأنانية من الطفل في سن ٧ الذي يتميز بدوره بالتقلب الوجداني والتذمر والتعبير عن عدم السعادة. وإذا كان الطفل من النوع الأول (من سن ٥,٥ إلى ٦ سنوات) يسهل توجيهه إيجابياً

بحيث يكون أقل أنانية وأكثر تحمساً وجرأة وحباً للحياة، إلا أنه يصعب توجيهه بحيث يكون أكثر قدرة على الانضباط والتأني وأعمال التفكير كما هو الحال في طفل السابعة الذي يسهل ببعض التوجيه إكتسابه لهذه الإيجابيات.

تغيرات سلوكية وليست إضطرابات:

تتعلق الغالبية العظمى من شكاوي الآباء والأمهات بالسلوك الاجتماعي والإنفعالي والفكري لأطفالهم. ولأن هذه الشكاوى تكون متوقعاً نتيجة للنمو فإنه لا ينبغي لنا وصفها بالإضطراب بل على أنها تغيرات سلوكية. وليس معنى ذلك أنه لا ينبغي الإهتمام بهذه الشكاوى، أو النظر إليها على أنها مشكلات نمو من ثم فإن التحسن آت ولا داعي للإنزعاج أو عمل شيء إزائها. ليس ذلك هو ما نعنيه، بل إن ما نريد تأكيده هو أن من القصور العلمي أن لا يعرف المهتمون بصحة الطفل احتياجات نموه وطبيعته فينصرفون إلى التبرم ووضع مسؤولية مصاعب الطفل كاملة على الأبوين.

إن معرفتنا بما سيحدث أو ما لا يحدث من تغيرات لا يعني تحريرنا من المسؤولية تماماً إزائها بقدر ما يعني إدراكنا لما يتناسب مع النمو، بحيث تكون حلولنا أكثر واقعية وملائمة. كما أن هذه المعرفة تعني تحريرنا من مشاعر الذنب أو وقع المفاجأة عندما نتعامل مع مشكلات الطفل. ثم إن هذه المعرفة بمراحل النمو ومتطلباتها وخصائصها تقودنا إلى رسم خطط للعلاج مرتبطة بالنمو وملتحمة به. وتقودنا هذه المعرفة في أحيان كثيرة إلى التسلح بالصبر إلى أن يتم تجاوز العاصفة بأقل خسائر ممكنة.

وسنعرض في الفصلين التاليين أهم المشكلات السلوكية التي ينبغي أن نحسب حساب عامل النمو في التخطيط لعلاجها أو التفكير في هذا العلاج على الإطلاق.

الفصل الثامن والعشرون

تغيرات في النمو

أمثلة ونماذج

أ ـ مشكلات الأكل والطعام

هناك ثلاث مشكلات رئيسية ترتبط بسلوك الأكل والطعام لدى الطفل هما:

١ ـ رفض الأكل والعزوف عن الطعام.

٢ ـ النهم والجشع في الأكل.

٣ ـ مشكلات مرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيؤ، والتجشؤ، تأخر الإنفطام، الإصرار على الأطعمة المسلية السريعة وعدم القبول بالأكل الذي تتوفر فيه شروط الصحة والغذاء الجيد.

ومن بين هذه المشكلات الثلاث نجد أن مشكلة الشهية للطعام هي من المشكلات الرئيسية التي تثير جزع كثير من الأسر. وعلى حسب ملاحظات خبراء النمو، فإن شهية الطفل للطعام تقل عموماً بين السنة ٢ و٣ من العمر. وتبدأ الشهية في الاعتدال بدخول السنة الثالثة، وتمتد الشهية للأكل حتى تشمل أنواعاً من الطعام كان يرفضها الطفل من قبل. ولكن

الشهية تدخل في مرحلة تناقص جديدة في السنة الرابعة، فضلاً عن أن الطفل في هذه السنة قد يرفض أنواعاً من الطعام كان قد سبق له أن قبلها وأحبها. وتتحسن الشهية من جديد في الفترة من ٤,٥ إلى ٥ سنوات، ثم تبدأ في الإعتدال وتستمر على ذلك حتى سنة ٨ سنوات.

وبالرغم من أن الفترة من ٤,٥ إلى ٨ سنوات تشهد تطوراً طيباً وشهية جيدة للأكل. إلا أن الطفل في سن ٦ قد تسهل إثارة قرفه أو اشمئزازه من أنواع معينة من الأكل لمجرد لونها أو ملمسها أو لأنه يرى أحد أطفال الأسرة الصغار يتعاطاها بطريقة تثير اشمئزازه.

وتتزايد الشهية بعد ذلك لدرجة كبيرة، مما يثير قلق الأسرة، خاصة عندما يكون الطفل في سنة ١٢ .ففي هذا السن يبدو الطفل كما لو كان يمتلك معدة لا تمتلىء. لكن عملية الضبط تبدأ في سنة ١٣ سنة وتنتظم عادات الأكل الأخرى بصورة أفضل فيبدو الطفل أكثر إنضباطاً.

ويتفاوت الأطفال فيما بينهم في سلوك الأكل بحسب الطبيعة المزاجية وبناء الشخصية. فبعضهم يعيش ليأكل. فالطفل الممتلىء المستدير هو من هذا النوع الذي لا يشكو من فقدان الشهية. ولكن هناك بعض الأطفال من النوع النحيف الضئيل الذين لا يفكرون في الأكل إلا نادراً، وهم عادة يجوعون فجأة وتمتلىء معدهم بسرعة. ولهذا ينصح أطباء الأطفال أن تكون وجباتهم متعددة، وأن لا تقتصر على الوجبات الثلاث الرئيسية. وإذا الححنا على مثل هذا النوع من الأطفال في الأكل فإنه عادة ما يزداد عزوفهم عنه، وقد يتقيأ الواحد منهم إذا كان الإلحاح قوياً. ولحسن الحظ، فإن هذا النوع الأخير من الأطفال أكثر نشاطاً، وأكثر صحة من النوع الممتلىء الذي يكثر من الأكل، هذا بالرغم من أن وزنهم يبقى دائماً أقل.

وعموماً، فإن هناك إعتبارات سلوكية ينبغي الإنتباه لها عند التعامل مع مشكلات الشهية والطعام هي:

١ ـ تقديم الطعام بصورة جذابة.

٢ ـ تقديم الطعام بكميات قليلة.

٣ ـ تقديم الطعام ووضعه على المائدة دون تعليق أو إلحاح.

٤ ـ عدم التركيز على كمية الطعام التي ينبغي أكلها، فمثل هذا التركيز سيؤدي إلى عزوف الطفل ذي الشهية الضعيفة عن الاستمرار في الأكل.

٥ ـ العزوف عن بعض أنواع الطعام قد يكون نتيجة لأسباب صحية غير معروفة لك كالحساسية، وما تخلقه من عدم راحة، ولهذا تأتي أهمية الفحص الطبي للطفل الذي لا يأكل كثيراً.

٦ ـ المحافظة على إتجاه ثابت، وعدم إبداء القلق أو المخاوف الشديدة تجاه سلوك الإقلال من الطعام. فلا شيء يثير عزوف الطفل وهروبه من الأكل أكثر من الجزع الذي تبديه الأم على طفلها وإلحاحها على إكمال كمية كبيرة من الأكل.

٧ ـ تذكر أن الطعام من مباهج الحياة للطفل وللبالغين، فلا تفسده عليهم بالإلحاح والضغط.

ب ـ مشكلات الإخراج والتخلص من الفضلات

من الدروس الرئيسية في النمو أن تدريب الطفل مبكراً جداً على التبول الملائم لا ينجح، ليس لأن الطفل مضطرب، أو يمتلك إرادة وقوة كافيتين له على ذلك إنما بسبب بسيط هو عدم النضوج في الوصلات العصبية[١]، وأن هذه الوصلات تنضج عند بعض الأطفال أسرع من البعض الآخر.

ولهذا فإن التدريب على التبول لا يحدث بنجاح عادة قبل سنة ٢ أو ٢,٥ سنة. وقد ينجح بعض الأطفال في ضبط المثانة في هذه الفترة دون

(١) Nerve Connections

محاولات تدريب سابقة من الأسرة، والفتيات عادة ينجحن أسرع من الذكور في التدرب على ذلك.

ولكن يجب أن لا نشعر بالجزع وخيبة الأمل إذا تأخر الطفل عن ذلك نظراً لأن هناك فروقاً فردية كثيرة بين الأطفال في ضبط الثمانة. بل قد يتأخر بعضهم حتى سن ٦ أو ٧ وعموماً، فإنه لا يوجد بالضرورة لدى الأطفال الذين يتأخرون في ذلك ما يدل على إضطرابهم الإجتماعي أو الإنفعالي، كما يخشى الآباء وكما تروج لذلك بعض النظريات التحليلية المبكرة في علم النفس. فهناك أطفال يتكلمون أسرع مما يمشون، وهناك أطفال يتدربون بسرعة شديدة على ضبط المثانة لكن سلوكهم الإجتماعي قد يتأخر تطوره، والأطفال الذين يتأخر تدريبهم على التبول قد يكون نموهم سريعاً وملائماً في كل الجوانب الاجتماعية والإنفعالية الأخرى (Ilge, Ames, & Baker, 1981).

ج ـ مخاوف لكل عمر

تمر في حياة كل طفل مواقف أو خبرات تثير مخاوف وجزعه. وقد تتحول هذه إلى مخاوف دائمة. ويجب علينا كآباء وأمهات أن نساعد أطفالنا ونحميهم من الخبرات المفاجئة والمواقف المخيفة.

ولكن هناك مخاوف لا نستطيع أن تحميهم منها دائماً، لأنها تأتي مصاحبة للنمو ولكنها قد تختفي من تلقاء نفسها، صحيح أن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى استجابتهم لهذه المخاوف، لكن لكل مرحلة عمرية مخاوفها الخاصة. وتوضح الأبحاث أن مخاوف الطفل في سن الثانية تختلف عن مخاوفه في سن الثانية والنصف أو الرابعة مثلاً. ويوضح الجدول الآتي بياناً بالمخاوف الشائعة في كل عمر والتي نشعر أن ذكرها يعطي المعالج والأبوان كلاهما أرضية ملائمة للتعامل مع مخاوف كل عمر، وتمدهم ببعض البصيرة والحكمة في مساعدة الطفل وتدبيره.

ويتضح من هذا الجدول أن لكل مرحلة مخاوفها، وأن مخاوف محددة تظهر في فترة وتختفي لتظهر في فترة أخرى.

كذلك فإن مخاوف الأطفال ليست جميعها شيئاً سيئاً فهي تعلمهم الحذر وحساب المخاطر... والإعداد للأزمات الطارئة، وتجنب الدخول في مواقف قد تكون خطرة على سلامة الواحد منهم أو منهن.

جدول (٩)

المخاوف وعلاقتها بمراحل النمو

العمر	نوع المخاوف
عامان	**مخاوف متعددة منها مخاوف سمعية** أي من القاطرات، الرعد، الناقلات الضخمة، المكانس الكهربائية. **مخاوف بصرية**: الألوان القاتمة، المجسمات الضخمة. **مخاوف مكانية**: لعب أو عرائس متحركة، الإنتقال لبيت جديد. **مخاوف شخصية**: انفصال عن الأم وقت النوم ـ خروج الأم أو مغادرتها للمنزل ـ المطر والرياح. **مخاوف مرتبطة بالحيوانات**: خاصة الحيوانات الوحشية.
٢,٥ سنة	**مخاوف مكانية**: الخوف من الحركة أو الخوف من تحريك بعض الموضوعات. مخاوف من **الأحجام الضخمة** خاصة الناقلات.
٣ سنوات	**مخاوف بصرية**: المسنون ـ الأقنعة ـ الظلام ـ الحيوانات ـ رجال الشرطة ـ اللصوص. مغادرة الأم أو الأب للمنزل خاصة ليلاً.
٤ سنوات	**مخاوف سمعية**، خاصة الماكينات. الحيوات البرية ـ مغادرة الأم للمنزل خاصة بالليل.
٥ سنوات	فترة خالية نسبياً من المخاوف. لكن المخاوف إن وجدت تكون **ملموسة وواقعية** كالخوف من الإيذاء، أو الأشرار والإختطاف، والكلاب، والخوف من عدم عودة الأم أو الأب للمنزل.
٦ سنوات	**فترة تزايد في المخاوف.. تأخذ أشكالاً مختلفة** **مخاوف سمعية**: جرس الباب ـ التلفون ـ الأصوات المخيفة ـ أصوات الحشرات وبعض أصوات الطيور. **مخاوف خرافية**: الأشباح والعفاريت ـ الساحرات ـ الخوف من اختباء أحد في المنزل أو تحت المخدع. **مخاوف مكانية**: الخوف من الضياع أو الفقدان ـ الخوف من الغابات والأماكن الموحشة. الخوف من بعض **العناصر الطبيعية**: الخوف من النار ـ الماء ـ الرعد ـ البرق ـ الخوف من النوم المنفرد ـ البقاء في المنزل أو في حجرة ـ الخوف من أن لا يجد الأم بعد العودة لمنزله، أو أن يحدث لها أذى، أو أن تموت. الخوف من أن يعتدي عليه أحد بالضرب ـ الخوف من الجروح والدم ـ والنزيف.
٧ سنوات	تستمر المخاوف في الإنتشار لتشمل **مخاوف بصرية**: الظلام ـ الممرات الضيقة ـ الأقبية ـ تفسير الظلال على أنها أشباح أو كائنات. الخوف من **الحروب والدمار** ـ الخوف من الجواسيس ـ واللصوص ـ أو اختباء أحد في المنزل أو تحت المخدع. مشاكل لا تصل لدرجة الخوف ولكنها **مرتبطة بالنمو** كالخوف من أن يصل متأخراً للمدرسة أو أن يتأخر عن موعد الحافلة ـ أو أن يفقد حب الآخرين أو إهمالهم.
من ٨ : ٩ سنوات	تتضاءل عموماً المخاوف في هذه الفترة. وتختفي المخاوف من الماء، وتقل بشكل ملحوظ مخاوف الظلام.
١٠ سنوات	تظهر مخاوف جديدة منتشرة بين أطفال هذه المرحلة، بالرغم من أن نسبة المخاوف تقل بشكل عام عما هو عليه في الأعوام السابقة، وعما هي عليه في الأعمار اللاحقة (١٢ سنة). ومن أهم مخاوف هذه الفترة الخوف من الحيوانات خاصة الثعابين والحيوانات الوحشية. **الخوف من الظلام** (ولو أنه يوجد لدى عدد أقل من أطفال هذه الفترة). الخوف من النار والمجرمين أو القتلة أو اللصوص.

الفصل التاسع والعشرون

النضوج العقلي والنمو

مشكلة التخلف العقلي أو صعوبات التعلم من المشكلات التي يجب معالجتها أساساً كمشكلة تتعلق بالنمو والتطور، وليس كاضطراب أو خلل في الشخصية أو السلوك.

ويمكن تعريف التخلف العقلي على العموم على أنه الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط، وهو درجات تبدأ من الدرجات التي تقل عن المتوسط حتى تصل إلى مستوى التخلف العقلي العميق[١] وهو مستوى يصعب عنده تدريب الطفل، ويقتضي بالتالي أن يظل الطفل الذي في هذا المستوى تحت إشراف مهني أو أسري كامل بسبب عجزه عن رعاية نفسه وحمايتها من الأخطار.

وعادة ما يكتشف التخلف العقلي من خلال استخدام مقاييس الذكاء، التي تحتوي في الغالب الأعم على مشكلات حسابية، وكلمات، ومتاهات تحتاج لبعض المهارة في حلها، فضلاً عن أشياء وموضوعات تحتاج لأعمال التفكير والحل والتركيب وإدراك العلاقات المكانية، وما إلى ذلك.

---

(١) Profound Mental Retardation

وبالرغم من أن هناك اعتقاد بين عدد من علماء النفس بأن الذكاء تحكمه عوامل وراثية، فإن تجارب عدة بينت أن تدريب الأطفال على النشاط الحركي، والعقلي، وحل المشكلات ترفع نسبة ذكاءهم بما يزيد عن ٢٥٪، وهي نسبة عالية، إذ من شأنها في بعض حالات التخلف العقلي البسيط أن تنقل الطفل إلى مستوى عادي من الذكاء يمكن له عنده أن يواصل دراسته وأن يرعى نفسه بشكل مستقل.

وإذا كان علماء النمو يشجعون على تدريب إمكانيات الطفل العقلية، فإنهم يدركون أن فاعلية هذا التدريب تعتمد إلى حد كبير على وجود الاستعداد العضوي (النضوج) الملائم لذلك. ومن هنا ينظر علماء النمو بحذر إلى التبكير الشديد في تدريب الطفل على القراءة والحساب في السنوات الأولى من العمر.

ومن الدروس التي نستقيها من الأبحاث على النمو أن الذكاء والنضوج العقلي يتطوران في مراحل، وتطور الذكاء في هذه المراحل يبين أنه لا يقتصر على المهارات في استخدام الأرقام والحساب واللغة كما توحي لنا مقاييس الذكاء العادية، بل إنه يحتوي على مهارات أخرى لا تتطلب القراءة أو الكتابة أو التعامل بالأرقام والرموز، ويمكن ملاحظة بعض هذه المهارات في السنين الأولى للطفل وذلك كالمهارات الحسية والحركية كالجلوس والمشي والحركة والكلام، وهي المهارات التي يلجأ لها العلماء لتقدير نسبة ذكاء الطفل في الأعمار السابقة على تعلم القراءة والكتابة.

ويوضح الجدول رقم (١٠) بعض المرشدات التي تساعد الآباء على تقدير مستوى النضوج العقلي لدى الطفل في أعمار مختلفة.

ومن هذا الجدول يتضح لنا أن النضوج العقلي مسألة مراحل وتطورات ويمكن الإستدلال عليه في غالب الأحوال من مظاهر تطور تختلف ـ بشكل ما ـ عن القراءة أو الكتابة أو اللغة. وغالباً ما يأخذ هذا

النمو في الأعمار الصغرى مظاهر حركية. ولهذا فالطفل الذي يمشي مبكراً قد يحصل فيما بعد على درجات عالية على مقاييس الذكاء، أو على الأقل درجات متوسطة. ولن يحصل على درجات أقل من ذلك، أي لن يكون متخلفاً إلاّ في بعض الحالات النادرة نتيجة للإصابات والحوادث.

لكن الطفل الذي يتأخر عن الأطفال في نفس عمره في مظاهر النضوج العضوي لن يكون بالضرورة متخلفاً. فكثير من الأطفال الأذكياء قد يتأخر نموهم العضلي وقدرتهم على الكلام أو المشي.

وبالرغم من أننا ننصح بالإسترشاد بالأخصائيين عندما يتأخر الطفل في الكلام عن سن ٣ أو ٤ سنوات، فإن التأخر عن الكلام أو استخدام اللغة يجب أن لا يكون بالضرورة مصدراً للإزعاج أو القلق. فهناك فروق فردية كبيرة بين الأطفال في هذه الناحية. فمنهم من يستطيع استخدام جمل قصيرة في الشهر ١٨. ومنهم من يتأخر - خاصة بين الذكور - في ذلك حتى ٢,٥ سنة أو ما بعدها.

ويحسن على العموم أن ننظر إلى مسألة النمو العقلي على أنها مسألة متعددة الأوجه، ومن الأفضل النظر إليها من أربعة جوانب أو نشاطات هي:

١ - **تطور حركي** (مهارة في استخدام الجسم في الجلوس والمشي والصعود، والنزول... إلخ).

٢ - **سلوك تكيفي** (حل مشكلات يومياً، رعاية النفس، غسيل الوجه، التجفيف، الأكل مستقلاً، الاستحمام، تصفيف الشعر، اللبس والخلع... إلخ).

٣ - **سلوك لغوي** (استخدام الكلمات والجمل بشكل ملائم والنمو اللغوي بشكل عام).

٤ - **سلوك شخصي واجتماعي** (اللعب التعاوني - استخدام النقود، تنظيف المنزل أو المخدع - حماية النفس... إلخ).

جدول (١٠)

مراحل النضوج العقلي ونمو الذكاء

العمر	مظاهر النضوج
١٦ أسبوعاً	التبسم التلقائي للوجوه المعروفة الضحك بصوت عالي الاستجابة بفرح لمشهد الطعام يستطيع الجلوس مستنداً لعشر أو خمس عشرة دقيقة.
٢٨ أسبوعاً	يجلس لفترة قصيرة ينحني إلى الأمام مستنداً على يديه يقبض على الأشياء إذا وجدت على مرأى منه ينقل الأشياء من يد إلى يد أخرى أصوات متميزة (كنواة لنطق الحروف المتحركة). يأكل الأشياء الصلبة يضع قدميه في فمه عندما يكون راقداً على ظهره.
٤٠ أسبوعاً	يزحف على اليدين والركبتين يتجول في داخل المكان مستنداً على قطع الأثاث قد يكون بإستطاعته نطق كلمات مثل «ماما» و«دادا».
١٢ شهراً	يستطيع أن يمشي بالاعتماد على يد شخص آخر يستطيع التفوه بكلمتين بالإضافة إلى «ماما» و«دادا».
١٥ شهراً	يستطيع السير خطوات قليلة بمفرده يستطيع أن يزحف وهو يصعد على السلم يقلب صفحات كتاب بيديه رصيده اللغوي من ٤ : ٦ كلمات يُعطي لعبته لوالدته، ولكنه يستردها من جديد.
١٨ شهراً	يسير بمفرده ونادراً ما يقع يستطيع أن يصعد السلم بالإستناد بإحدى يديه على شخص آخر يستطيع أن يجلس على كرسي صغير، أو يصعد ليجلس على كرسي كبير ينظر إلى صور كتاب يستطيع أن يطعم نفسه، ولكنه يبعثر الطعام.

٢٤ شهراً	يستطيع أن يصعد وينزل السلم بمفرده يستخدم جملة من ثلاث كلمات قد يعبر عن حاجته للطعام أو التبول تستطيع تدريبه على ضبط التبول نهاراً إبتداءً من ٢,٥ سنة يشير إلى نفسه بالإسم.
٢٦ شهراً	يبدل قدميه عند صعود السلم يستطيع ركوب وتبديل دراجته بثلاث عجلات يستخدم كلمات الجمع بشكل مناسب يستطيع أن يطعم نفسه من أوعية الطعام دون دلق أو بعثرة يصب المياه من وعاء إلى كوب يستطيع أن يلبس حذاءه يحفظ بعض الأناشيد أو الأغنيات الشائعة.
٤٨ شهراً	يرسم مربع بالمحاكاة يعد أربعة أشياء (بالإشارة) ينط باستخدام قدم واحدة يغسل ويجفف وجهه ويديه يستخدم فرشاة الأسنان يرسم شخصاً (الرأس والذراعين والساق) يلبس ويخلع ملابسه مع بعض الإشراف، يربط حذاءه يلعب لعبات تعاونية تلقائية مع الأطفال الآخرين يستطيع أن يخرج أمام البيت دون أن يعبر للشارع (يدرك الخطر).
٦٠ شهراً	يقف على القدمين بالتبادل (الحجلة) يعد ١٠ أشياء يعرف كم إصبعاً في كل يد يعرف النقود أو بعضهايتعرف على الألوان يلبس ويخلع ملابسه مستقلاً يكتب اسمه (بالمحاكاة) يكتب من ١ إلى ٥.

ولأن النضوج العقلي يتكون من أربعة جوانب سلوكية، فإن من المتوقع أن الطفل الواحد قد يتطور بإمكانياته في جانب منها أسرع من الأخرى، والعكس صحيح. فالبعض قد يتأخر في السلوك اللغوي، لكن سلوكه التكيفي عادي أو أكثر من العادي. وليس لأن أحد الأطفال متخلف مثلاً في التطور الحركي نستنتج أنه طفل متخلف عقلياً في كل الجوانب الأخرى من سلوكه. ومن ثم فإن الإعتماد على نسبة الذكاء وحدها في الحكم على الطفل قد يكون مضللاً ومعطلاً لإمكانيات تنميته في كل جانب من جوانب النضوج والنشاط العقلي. فمن المهم أن ينتبه الآباء إلى جوانب القوة لتدعيمها وجوانب الضعف لتدريبها فهذا أفضل من الإعتماد على نسبة الذكاء وحدها.

الفصل الثلاثون

مرحلة المراهقة ومعالجة أزماتها

تمثل الحياة مع المراهق تحدياً لكل منا. فالمعاملة مع المراهق تتطلب قدرة عالية من الصبر والتحمل والفهم. فماذا تفعل حيال بعض المواقف التي تستثير الغضب والانفعال الدائم أثناء تعاملك معهم. وفيما يلي سنذكر بعض النماذج لأنواع من السلوك التي تثير قلق الأباء والأمهات:

* ابنك يخرج من المنزل غاضباً ويوصد الباب بعنف قائلاً: «إنك لن تستطيع أن تمنعني من رؤية أصدقائي».
* ابنك (أو ابنتك) يسد أذنيه عن أي نصيحة تسديها له، مكتفياً بإظهار علامات الامتعاض والضيق أو السخرية مما تقول.
* ابنك (أو ابنتك) يعود مرتدياً ملابس غريبة أو يظهر بتسريحة شعر غير مقبولة.
* ابنك (أو ابنتك) ينام طوال اليوم في المنزل مهملاً القيام بالواجبات الدينية والمنزلية.
* ابنك (أو ابنتك) يعود متأخراً جداً بالليل، وإذا سألته يبدي التأفف والتذمر ويتحجج بأنه لا يجد شيئاً مشوقاً يفعله في البيت.
* ابنك (أو ابنتك) ينتقد طريقتك أو طريقة أمه في التفكير والحديث واللبس وصداقاتكم المشتركة.

* ابنك (أو ابنتك) يرفض مواصلة الحديث والنقاش وينهي أي محاولة لذلك بإظهار الغضب أو الانسحاب أو الخروج ثائراً من المنزل.

تمثل هذه التصرفات السابقة نماذج مألوفة ومتوقعة للمشكلات التي تواجه الأسرة يومياً في تعاملها مع المراهقين. ومن المؤكد أن الأباء أو على الأقل نسبة كبيرة منهم يعجز عن التعامل مع تلك المشكلات. ولعل أهم سببين لهذا العجز هما:

(أ) عدم إلمامهم بالطرق الصحيحة في التعامل مع المراهقين وكيفية التواصل معهم، مع،

(ب) عدم إلمامهم بالتطورات والتغيرات الفسيولوجية والاجتماعية والسلوكية التي تظهر مقترنة مع انبثاق مرحلة المراهقة وتطورها.

ومن المؤكد أنه إذا تعامل الآباء بطريقة غير صحيحة وبدون إدراك للحقائق السلوكية في التعامل مع أبناء وفتيات هذه المرحلة، فإن النتائج قد تكون وخيمة العواقب، وربما تكون من العوامل المساهمة في تفاقم المشكلات بدلاً من حلها، وفي خلق مناخ مليء بالتوتر والضغوط التي قد تكون سبباً من أسباب التدهور النفسي لدى الآباء والأمهات أنفسهم.

لماذا يجد الآباء صعوبات بالغة في التعامل مع المراهق؟

إن الصعوبات التي يشكو منها الآباء والمربون في التعامل مع المراهقين لا تعود بكاملها لأخطاء في سلوك المراهقين بقدر ما تعود إلى عوامل وظروف خارجية من أهمها:

أ ـ التغيرات الجسمية المفاجئة التي تظهر في هذه الفترة من العمر، وما يصحب ذلك من إدراكات صدمية من قبل أفراد الأسرة والأبوين.

ب ـ التغير في العلاقات الاجتماعية وما يصحب ذلك من تأثر بمعايير الرفاق والأصدقاء، مع التضاؤل النسبي لتأثير الوالدين والمعايير الأسرية التي كانت في هذه الفترة في موضع القوة.

ج ـ تنوع الأساليب الشخصية التي يعبر بها المراهقون عن مشاعرهم وسلوكهم في هذه المرحلة.

د ـ الأخطاء التي يرتكبها الآباء والبالغون أنفسهم بسبب قصورهم في إدراك الطبيعة المختلفة للنمو في سن المراهقة.

١ ـ التغيرات المفاجئة المصاحبة للمراهقة:

بالنسبة للصعوبة الأولى فإن أهم ما يميز هذه المرحلة من النمو هي التغيرات الجسمية والفسيولوجية الواضحة التي تظهر على المراهق في هذه المرحلة. ولهذا نجد أن الكثير من الآباء لا يتأقلمون معها بسهولة. فطفل الأمس القريب أصبح فجأة مكتمل الرجولة ويضاهي أباه حجماً ومظهراً، وتظهر عليه تغيرات جسمية، يصحبها تغيرات نفسية واجتماعية وشخصية. إن الإبن الذي لا يتعدى الثالثة عشر أو أقل من عمره يجد جسمه فجأة يمتد طولاً وتتغير نبرة صوته وينتشر شعره في أجزاء جديدة من جسمه. وطفلة الأمس أصبحت بالمثل مكتملة الأنوثة تثير انتباه من حولها.

٢ ـ الاهتمام بالخارج ومعايير الشلة وقيم الرفاق:

ومن جهة أخرى، ترتبط الصعوبة الثانية بسابقتها، وتتمثل في التطور الاجتماعي لدى المراهق بشكل قد يتعارض مع ما كان مألوفاً منه قبل دخوله في مرحلة المراهقة. فلأول مرة يبدأ تأثير الأسرة ومعايير الأبوين، وقيم الوالدين تتوارى أو على الأقل تقل ليحل محلها الاهتمام الشديد بالخارج كما يتمثل ذلك في تأثير جماعات الرفاق والزملاء. إنها بدون شك مشكلة التأثير الخارجي وما يصحب ذلك من تعارض أحياناً بين النوعين من القيم: قيم الرفاق وقيم الأسرة. ولهذا يجد الآباء أنفسهم في هذه المرحلة أقل قدرة من قبل على التأثير في سلوك طفلهم. بعبارة أخرى يجد الآباء أن تأثيرهم على أبنائهم ليس بذات الأهمية التي كان عليها في السابق وليس له التأثير المساوي لتأثير الأصدقاء والزملاء ورفاق اللعب.

ولا شك أننا إذا عدنا بذاكرتنا إلى الخلف قليلاً وتذكرنا أنفسنا في هذه المرحلة فسنجد أن ما يمر به ابننا المراهق الآن ربما لا يختلف كثيراً عما فعلناه عندما كنا في هذه المرحلة. فعندما كنا في مرحلة المراهقة هل كنا نلبس الملابس التي يتقبلها الآباء أم تلك التي كان يتقبلها الرفاق؟ وهل كنا نفضل الجلوس مع الوالدين وأصدقائهم أم كنا نفضل قضاء أوقات فراغنا مع أصدقائنا وزملائنا؟ هل كنا نتذوق مواضيع الأحاديث والنصائح التي تنطلق من أفواه الآباء أم كنا نفضل تلك الأوقات التي نلتقي فيها بأصدقائنا نتبادل معهم حواراتنا الخاصة؟ بعبارة أخرى، لا تصعب علينا إجابة هذه الأسئلة لأنها غالباً ما تكون في الاتجاه الذي يتلاءم مع تأثير الرفاق والزملاء الخارجين.

ولا نقصد من هذا ـ وربما لا يقصد المراهق نفسه أيضاً من هذا ـ أنه لا يحب والديه أو يمقتهما. بل قد يدل ذلك على حدوث نقلة إجتماعية وتطور آخر في حياة الطفل تجعله لا يشعر بالإثارة عند وجوده مع الوالدين كما يشعر بها أصدقائه. فمن الطبيعي أن يحاول، بسبب اتساع دائرة نشاطاته الاجتماعية وانتمائه إلى جماعات خارجية، أن يسعى إلى أن يكون مقبولاً ومعروفاً في دائرة رفقائه ومعارفه. ومن هؤلاء يأتي التأثير الأكبر والاهتمام بالتقبل الاجتماعي أو الجزع من رفض الزملاء. ولهذا يتطلب التوجيه السلوكي للأبوين أن يقللا من انزعاجهما عندما يبدي طفلهما المراهق مثلاً عزوفاً عن مشاركتهما كما كان يفعل في السابق. ولا شك أن جزءاً كبيراً من علاج مشكلات المراهق يتوقف على الآباء أنفسهم ووصفهم لصورة معقولة للتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة، إن رفض الطفل أو المراهق للذهاب أو الخروج مع الأسرة لزيارة أهل الأب أو الأم مفضلاً أن يقضي وقته مع أصدقائه في مكان مختلف، لا يعني أنه توقف عن حب والديه، كما قد يظن الآباء والأمهات الجزعون، إنه يعني في حقيقة الأمر أنه يمر بمرحلة نمو جديدة علينا أن نيسر له اجتيازها والخروج منها بأقل

الأضرار وبأكثر المكاسب الممكنة.

٣ ـ الانتباه للنماذج وأنماط المراهقة:

أما الصعوبة الثالثة التي قد تواجه الأبوين والمربين في تعاملهم مع المراهقة، أنه لا توجد في حقيقة الأمر نوع واحد من المراهقة، بل أن هناك أساليب معينة وأنماط مختلفة للمراهقين، مما يزيد من الصعوبات ويخلق أمام الآباء والمعالجين تحديات تتطلب الانتباه والمعالجة.

فهناك أولاً النمط التقليدي الذي يتقبل وينصاع لما هو متفق ومتعارف عليه في أسرته وما يتطلبه من حوله من مجاراة لمجتمعه. وفي المقابل هناك نمط آخر للمراهقة يأخذ الشكل الثائر والمتمرد الذي يرفض كل ما هو مألوف ويميل إلى السخط العام على المعايير المعمول بها في المجتمع. ولهذا نجد أفراد هذا النمط يتبنون معتقدات وأفكاراً جديدة ويرغبون في تنفيذها العملي، وإذا تم توجيههم بشكل يتناسب وخصائصهم الشخصية، فقد تتطور لديهم كثير من الخصائص الإيجابية، ومن ثم فقد يصبح فيما بعد أكثر نضوجاً وإقبالاً على الأدوار القيادية المهنية، وربما تتوجه طاقاتهم إيجابياً فيميلون إلى الرغبة في التقدم والتطور بمجتمعاتهم.

كذلك نجد بين المراهقين النمط الباحث عن اللذة، وهؤلاء يجعلون هدفهم هو الحصول على اللذة أينما كانت ويبحثون عنها في الآن واللحظة دون حساب للعواقب. وقد يحتار الآباء في التعامل مع هذا النوع من المراهقين لما يظهرونه على السطح من علامات الرضا والسعادة والاستمتاع بالحياة، ولكنهم من أكثر أنماط المراهقين عرضة للاغتراب والبعد النفسي عن أنفسهم ومجتمعهم.

وأكثر أنماط المراهقة خطورة هو النمط الجانح أو السيكوباثي. فهذا النمط الذي لم يكتسب معايير أخلاقية ملائمة. لذا تغلب على أفراد هذا النمط عدم الإحساس بمشاعر الآخرين أو عدم الاكتراث في علاقاتهم بهم،

وهم يفتقرون إلى الضبط الداخلي، ولهذا نجد تصرفاتهم تميل إلى التخريب أو التدمير لممتلكات الغير مثلاً. ولحسن الحظ فإن هذا النمط المدمر من المراهقين لا يشكلون إلا نسبة ضئيلة من المراهقين بشكل عام.

وبالرغم من تنوع الأساليب وأنماط الشخصية لدى المراهقين، وبالرغم من الصعوبات التي يثيرها هذا التنوع عند التعامل معهم، فإن إدراك وجود هذه الأنماط المتنوعة يساعد على تشكيل أساليبنا التربوية والعلاجية بشكل يتلاءم مع كل نمط فيها. وهذا يمكننا من توجيه الطاقة والسلوك في مسار سليم، يساعد على نضوج الشخصية، كما يقلل من الإحباطات وجوانب الصراع والتوتر التي قد تصيب البالغين عند التعامل معهم.

أما الصعوبة الرابعة فتتعلق بالآباء وأفراد الأسرة البالغين أنفسهم: فهم قد يرتكبون خطأً فادحاً في تعاملهم مع الأبناء في هذه المرحلة إذا لم يدركوا الطبيعة المميزة للنمو كما أشرنا إليها سابقاً.

الأخطاء التي يرتكبها الآباء:

١ ـ الدخول في موقف تنافس مع الجماعات الخارجية التي ينتمي أو يتصادق معها الإبن، ونتيجة لهذا التنافس تتحول العلاقة معه إلى علاقة تذخر بالتشاحن والنقد والتهديد، فتفقد هذه العلاقة هدوءها أو سلاستها المطلوبة.

٢ ـ من الأخطاء أيضاً تصور أن اختلاف الإبن مع أبويه ورغبته في الاستقلال عن الأسرة يعني أنه توقف عن حبهما!

٣ ـ من الأخطاء الأخرى كذلك الأسلوب الذي يمارسه بعض الآباء مع الإبن في هذه المرحلة لتأكيد سيطرتهم عليه، من أجل التأكيد على أنهم لا زالوا في موقع القوة، ونتيجة لهذا يميلون إلى التلويح بالقوة أو ممارستها عليه، مما يؤدي إلى رغبة المراهق في تجنب والديه كلية أو هروبه من المنزل عندما تتاح له أية فرصة لذلك.

مهارات التعامل مع المراهقين ومعالجة مشكلات المراهقة

يوصي المعالجون السلوكيون بأن يستفيد الآباء من القواعد السلوكية في تعاملهم مع الابن حتى تستمر العلاقة في مذاقها السار ومسارها المحبب. وهناك مهارات نرى أن اكتسابها يساعد في توطيد التعامل الإيجابي مع المراهق، منها:

(١) امتداح أو تدعيم الجوانب الإيجابية في السلوك.

(٢) الإقلال من الرفض الاجتماعي وتجنب استخدام العقاب.

(٣) التجاهل ما أمكن لأنواع السلوك المختلفة التي قد نراها من وجهة نظرنا سلبية (إلا إذا كانت ضارة بالنفس أو بالآخرين).

وقد أشرنا إلى هذه القواعد السلوكية وأهميتها في كثير من فصول هذا الكتاب، وهي بلا شك ذات فاعلية في بناء العلاقات وتوطيدها في جميع مراحل العمر بما فيها المراهقة. بعبارة أخرى، تعتبر هذه الأساليب لغة عالمية من حيث تمكيننا من تعديل السلوك للأفضل وتوطيد أواصر العلاقات مع الأبناء. وإلى بعض التفاصيل عن دور هذه المهارات في تعديل السلوك.

١ ـ استخدام المدح والتشجيع وقواعد التدعيم:

لو سألت نفسك كم مرة حاولت أن تجد الفرصة لتمتدح شيئاً إيجابياً (في الملبس أو في طريقة الكلام أو التفكير) في تصرف ابنك أو ابنتك في الفترات الأخيرة لوجدت أنك، مثلك مثل الغالبية العظمى من الآباء، لا تستخدم هذا الأسلوب بالكثافة المطلوبة. ولعل هناك أسباباً كثيرة تجعلنا نهمل الامتداح أو التدعيم، فربما إننا نتصور أننا نفسد أبنائنا بالمدح، أو أنهم كبار ولا يحتاجون إلى امتداحنا لهم. وقد لا يمنحنا المراهق فرصاً كثيراً لامتداح سلوكه بسبب أخطائه وكثرة تصرفاته الطائشة أو غير المقبولة،

ونتيجة لهذا نجد أنفسنا ننتقد كثيراً ونشجع قليلاً ونصبح كرماء أسخياء في البحث عن السلبيات، وشحيحين بخلاء في اكتشاف الإيجابيات وتشجيعها، وهو ما يتعارض تماماً مع لغة الصحة النفسية والتعديل الإيجابي للسلوك. ولهذا فإننا ننصح بأن يجد الآباء دائماً في البحث عن أي فرصة لتقديم المديح والتشجيع اليومي لتصرف سليم بدر منه وإن كان يبدو تافهاً.

٢ ـ استخدام التجاهل:

يعتبر عنصر التجاهل من المهارات الهامة التي يجب على الآباء اتقانها. فتجاهل السلوك السلبي يؤدي في النهاية إلى انطفائه. وعند تعامل الوالدين مع الأبناء يمكن لهما أن ينقلا مشاعرهما بعدم الرضا عن تصرفات الأبناء المستهجنة دون إثارة جو من الاضطراب أو القلق أو الدخول في مناقشات طويلة أو عقيمة. ويتطلب التجاهل تحكماً قوياً ومزاجاً هادئاً وضبطاً للنفس خاصة في المواقف المثيرة والتي تشتد فيها التوترات وتقوى.

٣ ـ هوة التواصل بين الآباء والمراهقين وعقبات في التعامل الإيجابي بينهم:

عند التعامل مع المراهق لا ينبغي أن ننظر له من زاوية الآباء والبالغين فحسب. صحيح أننا قد نتعاطف مع الوالدين، لكن ينبغي أن لا ننسى أن الدخول لهذه المرحلة ليس بالبساطة التي قد يحلو لنا أن نتصورها. فبدخول الطفل عالم المراهقة تتولد لديه مشكلات تكفي لإثارة القلق لديه منه والتوتر تجاهها. فها هو الآن ولأول مرة في حياته يواجه بعض المواقف التي تتطلب منه اتخاذ قرارات واختيارات في موضوعات حية تمس أحياناً جوانباً من السلوك والقيم الحساسة، أهمها ضغط الرفاق لحمله على اتخاذ مواقف معينة تجاه قضايا سياسية أو اجتماعية أو فلسفية أو أخلاقية، فضلاً عن التغيرات الجسمية والهرمونية المفاجئة والتي تصحبها أحياناً اضطرابات شديدة وقلق وثورات انفعالية.

ويواجه المراهق بالإضافة إلى هذا تحديات تتعلق برغبته في إقامة علاقات صداقة تتطلب منه اكتساب مهارات اجتماعية وقدرات أساسية لم يكن مدرباً عليها من قبل. وإزاء ذلك نجده مشحوناً بالانفعالات ومعرضاً للتغيرات المزاجية المفاجئة والتي قد يسيء الوالدان تفسيرها.

ولعل أهم تحد يواجه المراهق في تلك المرحلة هو الاضطرار إلى مواجهة إرضاء الطرفين الرئيسيين في حياته وهما عالم الآباء والبالغين من جهة، والأصدقاء والانداد من جهة أخرى، ولا شك أن ذلك قد يضعه في تناقضات وصراعات ليس سهلاً عليه حلها، إلا من خلال تعلم مهارات جديدة واكتساب خبرات أعمق عندما يواجه فيما بعد مشكلات مماثلة.

يجب علينا ألا نستسهل هذه التحديات التي تواجه المراهق، بل من المفروض أن نكون متفهمين لمصادرها عند التعامل معه في هذه المرحلة. ولهذا على الآباء أن يتعاملوا برفق وبتسامح مع الإبن المراهق بما في ذلك الاعتراف بأن تأثيرهم السابق لم يعد بنفس القوة التي كان عليها من قبل. ولا شك أن كثيراً من المشكلات قد تجد طريقها إلى الحل السريع عندما يعترف الآباء بحقيقتين رئيسيتين، أولاهما: إن تأثيرهم ليس كما كان من قبل، وثانيهما: إن الإبن المراهق ليس هو نفس الطفل السابق. قد نما وشب وتبع ذلك أنه أصبح يرغب في الاستقلال بنفسه وفي الاختيار للطريقة التي يتصرف بها.

وقد تتعارض، بعض الأحيان، تصرفات المراهق مع معايير الأسرة وقيمها. أي قد يكون لبعض تصرفات المراهقين في هذه المرحلة نتائج قد تضره شخصياً (مثل الانتماء إلى شلة تشجع على الإدمان أو بعض الممارسات الضارة الأخرى) أو التي قد تضر بالأسرة (مثلاً السهر ليلاً حتى وقت متأخر أو قضاء أوقات كثيرة بالخارج دون أن تكون الأسرة على علم بذلك مما يسبب القلق والازعاج للوالدين وأفراد الأسرة). هنا بالطبع يجب

أن يتصدى الآباء لهذه المشكلات محاولين الاستفادة من القواعد السلوكية، والتوجيهات التي يصوغها المعالجون النفسيون وعلماء النفس في هذا الصدد. ولعل أهم جانب يجب الانتباه له هنا هو ضرورة التشجيع على الاتصال والتواصل الفعال. إن فتح قنوات للتفاعل الجيد بين جميع الأطراف: الأبوين من جهة والمراهقين من جهة أخرى كفيل بأن يعالج الكثير من المشكلات الطارئة والأزمات التي تواجه المراهق من جهة وتواجه علاقته بأبويه من جهة أخرى. فالتفاعل الجيد يقلل من الصراعات، ومن ثمة يبقي على بعض جوانب التأثير المتبادل، وما يصحب ذلك من تغيرات علاجية. وهنا أيضاً توجد أساليب أمكن لنا حصرها وصياغتها على النحو الذي سنشرحه فيما يلي:

أربعة قواعد ذهبية في تحسين التواصل وفتح قنوات التفاعل الجيد مع المراهق

في هذا الجزء المتبقي سنلخص أربعاً من القواعد التي ينصح المعالجون بتطويرها وتنميتها عند التعامل مع أبنائنا أو بناتنا في سن المراهقة. ويمكن تلخيصها على النحو التالي:

القاعدة الأولى: الإصغاء الجيد:

الإصغاء الجيد ليس بالسهولة التي نتصورها، فهو ليس مجرد أن تستمع ويكون ذهنك في نفس الوقت في واد آخر. أو أن تستمع ولكن يكون هدفك في النهاية هو أن تقنع الآخر بشكل تعسفي بوجهة نظرك فحسب. والإصغاء الجيد لا يعني مجرد أن تظهر الإنصات وعدم المقاطعة. فالإصغاء الجيد من وجهة نظرنا هو الإنصات ومحاولة فهم الآخر في نفس الوقت. معنى ذلك أن مجرد الاستماع للكلمات التي تقال لا يكفي، لأن كثيراً من المراهقين قد يجد صعوبة في التعبير عن مشاعرهم في كلمات

منطوقة. ومن ثم فإن الإصغاء الجيد يتطلب استماعاً وإنصاتاً لما يقوله الآخر، وفي نفس الوقت صياغة ما يقال في إطار يجعلنا على دراية بدوافع الآخر وعالمه الخاص سواء عبّر هذا الآخر عن ذلك في كلمات منطوقة أو بأي شكل آخر. ولهذا فالإصغاء الجيد يمكن أن يعبر عنه في شكل قواعد فرعية يمكن تنفيذها على النحو الآتي:

* حافظ على التواصل البصري مع المتحدث.
* عبّر أو قل شيئاً يبين أنك تسمع وتفهم ما يقال.
* إسأل أسئلة توضيحية.
* تحقق مما تسمع بين الحين والآخر.
* قم بإعادة ما يقال بكلماتك للتأكد من أن ما سمعته يعكس وجهة نظره بالضبط.
* تذكر أن حسن فهمك لما يقال لا يعني أنك توافق تماماً على ما قيل.
* تذكر أن استماعك الجيد يقلل من المعاندة ويحسن علاقاتك ليس بالأبناء فحسب، بل حتى مع الآخرين في الخارج. إنه يخلق ثقة وتقديراً للذات.

وهكذا نجد أن الإصغاء الجيد يتطلب تفهماً لما يقال، وكيف يقال، ولماذا يقال. ولعل أهم نقطة من بين النقاط السابقة هي النقطة الرابعة: أي التحقق مما يسمع أو يقال. والترجمة العملية لذلك هي أن تكرر أو أن تعيد صياغة ما يقوله الإبن بلغتك الخاصة، وبكلماتك الخاصة وأن تسأله عما إذا كان ذلك هو ما عناه بالضبط. أي باختصار راجع معه وتحقق من أنك تفهم تماماً ما يريد أن ينقله لك. وبالرغم من أن التدرب على هذا الأسلوب يستغرق وقتاً طويلاً، وقد يحتاج إلى جهد كبير لكي تتقنه، إلا أنه يمنع كثيراً من المشكلات ويقي من الأضرار التي قد تصيب علاقاتنا بأبنائنا. ولا يعني الإصغاء الجيد أنك تتفق مع ما يقال أو ما تسمع، ولكنه

يمكنك في أقل الأحوال من معرفة مقاصد الابن أو الإبنة على نحو جيد، مما يبقي على قنوات الاتصال مفتوحة ومتصلة.

القاعدة الثانية: لا تتعجل باللوم والتأنيب وعبّر بصدق عن مشاعرك:

هذه القاعدة الأخرى في تحقيق التواصل الجيد تتضمن الاعتراف بمشاعرنا والتعبير عنها بدلاً من التلويح باللوم. ولهذه القاعدة أيضاً عناصرها التي تتضمن الجوانب الآتية:

* حاول أن تحافظ على تعبيرات ودية عندما تناقش أمراً مع الابن أو الابنة.
* حافظ على تواصل بصري ملائم.
* لا تلم ولا تؤنب ولا تهدد.
* ركّز على السلوك موضوع المناقشة أي ركّز على المشكلة التي أثارت الصراع أو الخلاف.
* عبّر عما تشعر به نحو هذا السلوك موضوع الخلاف بعبارات مثل: أحس أن ذلك يجعلني أشعر...!، إن ما يزعجني في هذا الموقف هو...، أو مهما أفعل فإنني أشعر أنك...
* شجع على استمرار المناقشة بأن تعطي الطرف الآخر الوقت الملائم للتعبير عن وجهة نظره واستمع جيداً لما يقال.
* تذكر أن اللوم يضع الآخر في موقف المتهم، وبالتالي يحوله إلى العناد أو العدوانية أو تجنب الحوار على الإطلاق.
* مواقف اللوم لا يفوز فيها أحد.

وتنبع أهمية هذه القاعدة أن الشخص الذي يعترف بمشاعره ويصرح بها يعتبر شخصاً يدرك الأمر الواقع ويعترف بحقيقة إنسانية موجودة فيه، ومثل هذا الشخص لا يلوم. وهو بذلك يعطي الفرصة للتفاعل والتفاهم مع الأطراف الداخلة معه في عملية التواصل.

القاعدة الثالثة: إجعل هدفك تعديل سلوك خاطىء وليس تغيير الشخصية ككل

عندما يختلف الناس فيما بينهم، يميلون عادة إلى تبادل الاتهامات والتعليقات الجارحة، فيتهم بعضهم بعضاً بأن المشكلة هي في شخصية الطرف الآخر وأن العلاقة لن تستمر ولن تنجح إذا لم يغير هذا الطرف شخصيته ككل. وهذا آخر ما نحتاج إليه وأسوأ ما نمارسه مع الآخرين، ومع أبنائنا المراهقين بشكل خاص في مواقف التفاعل! لأن هذا الأسلوب يؤدي إلى خطأين، فهو من ناحية لا يجعلنا نركز على الهدف أو على السلوك الخاطىء الذي نريده أن يتغير، وهو فضلاً عن ذلك يثير حفيظة الطرف الآخر ويضعه في موقف الدفاع مما يلهب الموقف إذا لم يكن ملتهباً بالفعل. ولهذا فإن القاعدة الثالثة تتطلب أن يركز الآباء عند تعاملهم مع المراهق (وفي كل أنواع التفاعل الجيد عموماً) على أنواع السلوك الخاصة المطلوب تعديلها. بعبارة أخرى ليكن الهدف مثلاً أن يقلل من سهره في الخارج. أو أن يعود للبيت في وقت معين، أو أن يتصل بنا في حالة التأخر، بدلاً من أن نطلب منه أن يغير من شخصيته العنيدة، أو أن يكون ابناً مطيعاً... إلخ. وهكذا تتطلب هذه القاعدة تأكيداً على ما يأتي:

* أن تحافظ على تعبيرات وجهية ملائمة للموقف موضوع الخلاف.
* لا تنتقد الشخص ككل.
* ركّز على السلوك موضوع الخلاف أو النقاش فقط.
* وجّه نقدك للطريقة أو الأسلوب التي تم بها السلوك.
* أطلب من الشخص الآخر تعديل السلوك موضوع الخلاف وامنح وقتاً كافياً للتعديل وتغيير السلوك المرفوض.
* حاول أن تتجنب التعريض بالشخصية ككل ووضعها في موضوع الاتهام، وابتعد عن الإدانات العامة (مثل أناني، أو ضعيف الشخصية).

* تذكر أن طلب تغيير الشخصية طلب صعب تحقيقه، ولكن طلب تعديل السلوك ممكن، ويحقق الفوز للكل.

وهكذا إذا وجدت تصرفاً لا يرضيك يبدر من ابنك أو من ابنتك، فلا تهاجم شخصيته ككل، وجه انتباهك للسلوك الذي سبب لك الشعور بعدم الرضا أو الضيق بدلاً من إتهامه بخصائص شخصية يصعب عليه قبولها، وحتى إذا قبلها فسيصعب عليه تغيير شخصيته ككل. مع ملاحظة أن تنقل له حتى وأنت ترغب في تعديل سلوكه أن هذا التعديل أو عدم التعديل لا يتعارض مع حبك واحترامك له.

القاعدة الرابعة هي: التشجيع على استمرار الحوار والتواصل:

إن مجرد الحوار في حد ذاته، مجرد الاتصال والتفاعل بذاتهما يستحقان منا بذل الجهد والتشجيع على الاستمرار فيها. ولهذه القاعدة أهميتها الخاصة عند التعامل مع المراهقين. ولهذا يحتاج الآباء إلى الاعتراف بأهمية التواصل واستمراره كما يحتاجان إلى معرفة القواعد السلوكية التي تساعد على استمرار التحاور والاتصال. فالمدح والتعبير عن سرورك بأن ابنك أو ابنتك صارحاك بمشاكلهم ومحاولتك أن تظهر مدى سعادتك وتقديرك لمشاركتهم إياك واتفاقهم معك في موضوع معين، كل ذلك يشجع على استمرار التحاور، ولهذا يتطلب هذا الجانب قواعد سلوكية منها:

* لا تنه مواقف الخلاف بشكل مبتور.
* حافظ على هدوئك عندما تسمع رأياً مخالفاً أو ترى سلوكاً لا توافق عليه (من المفيد هنا أن تستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب المحافظة على الهدوء).
* حاول ألا تغضب وتجنب الزعل والانفعال حتى لا تسد باب الحوار.
* اعترف أو صرّح بشعورك تجاه نقطة الخلاف واترك الباب مفتوحاً لاستماع وجهة النظر الأخرى.

* شجّع إبنك على إبداء وجهة نظره.
* تذكر أنك عندما تسد الباب أمام إبنك في التحاور فإنك تترك الباب مفتوحاً أمامه على مصراعيه للتيارات الأخرى، التي قد تحمل أهدافاً تتعارض مع الأهداف العلاجية.
* من المهم أن نحافظ على تعبيرات ودية ونبرات صوت ملائمة دافئة وهادئة حتى لا يشعر بأن تحاورك معه نابع من التسلط أو الاستبداد.
* واستمرار التحاور والاتصال لا يعني أن يكون الهدف هو إلحاق الهزيمة بطرف آخر، أو أن الحصول على إقرار بأنه على خطأ. ولهذا كن مستعداً ومرناً حتى لو تطلّب الأمر أن تغيّر من وجهة نظرك أو أن تتبنى وجهة نظره أو أن تصل إلى وجهة نظر وسط.

ويلخص لنا الجدول المرفق هذه القواعد الأربعة وما يتطلبه كلا منها من قواعد فرعية.

والخلاصة:

إن هذه القواعد الأربعة السابقة تمكن الآباء من التواصل الجيد ومن التفهم لأبنائهم أو بناتهم في مرحلة المراهقة بصورة أفضل، ومع ذلك فإننا نحذر أن أتباعك لهذه القواعد واحترامك لها لا يعني بأن الطرف الآخر سيفعل ذلك. صحيح أن هذه القواعد السلوكية تحقق السلام وتساعد على استمرار التواصل والحوار وتمكن من الفهم الجيد للآخرين، إلا أن احترامك لهذه القواعد لا يضمن بأن من سيدخل معك في عملية التفاعل سيفعلون نفس الشيء. بعبارة أخرى، قد تحدث لحظات تتعرض فيها أنت للوم وتتعرض فيها شخصيتك ككل للإتهام، ويوجه لك اللوم بأنك لا تفهم مشاعرهم أو أنك تتسلط أو تتلاعب بهم... إلى آخره... ولكن قاعدة القواعد هنا أن تثبت وأن تكون متسقاً وأن تحافظ على ما دربت نفسك عليه. ولا تنسى أنك كراشد وأكبر سناً أكثر حكمة ومن ثم فإنك أكثر قدرة

على الصبر والمعالجة المتزنة لما يثور من مشكلات. كما لا تنسى أيضاً أنك بذلك ترسم أمام طفلك نموذجاً وقدوة في التعامل مع المشكلات والخلافات اليومية وهو ما قد يقدرونه لك كلما تقدمت بهم السنون.

أربعة محاور إيجابية في التفاعل الإجتماعي
١ ـ الإصغاء الجيد ـ الإيجابي.
٢ ـ تجنب اللوم والتأنيب مع التعبير الصادق عن المشاعر.
٣ ـ إجعل هدفك تعديل سلوك الآخر وليس تعديل شخصيته بكاملها.
٤ ـ الترحيب بأي محاولة للتبادل والتفاهم.

أربع قواعد للنجاح في علاقاتنا مع الآخرين

الإصغاء الجيد

* المحافظة على التواصل البصري الملائم.
* عبّر أو قل شيئاً يوحي بأنك تسمع وتفهم ما يقال.
* إسأل أسئلة توضيحية.
* تحقق مما تسمع بين الحين والآخر.
* قم بإعادة ما يقال بكلماتك للتأكد من أن ما سمعته يعكس وجهة نظره بالضبط.
* تذكر أن حسن فهمك لما يقال لا يعني أنك توافق تماماً على ما قيل.
* وأنه يقلل من حدوث الصراع ويحسن علاقاتنا حتى بخارج الأسرة بسبب ما يخلق من ثقة وتقدير للذات.

تجنب اللوم

* إجعل قسمات وجهك ودية.
* إحرص على التواصل البصري الملائم، ولا تلم ولا تؤنب.
* ركز على السلوك وعبر عن مشاعرك عنه بصدق.
* شجع على المناقشة واستمع لوجهة النظر الأخرى.
* تذكر أن اللوم يضع الآخر في موقع دفاعي، يجعله عنيداً وعدوانياً وبالتالي يوقف الحوار.
* مواقف اللوم لا يفوز أحد فيها.
* حافظ على تعبيرات ملائمة للموقف.

ليكن هدفك تعديل سلوك خطأ، والابتعاد عن تجريح الشخص ككل

* لا تهاجم الشخص ككل.
* ركز على السلوك الخاطىء فقط.
* وجه نقدك للطريقة التي تم بها السلوك.
* أطلب تعديل هذا السلوك، وامنح وقت كافياً للتعديل.
* تجنب أو تعرض الشخصية كلها للإتهام، وابتعد عن الإدانات العامة (مثل أناني، أو ضعيف الشخصية).
* تذكر أن طلب تغيير الشخصية صعب تحقيقه، ولكن طلب تعديل السلوك ممكن، ويحقق الفوز للكل.
* لا تنه مواقف الخلاف بشكل مبتور.

رحّب بالتحاور، وشجّعه

* إسترخ عندما ترى سلوكاً مختلفاً عن معتقداتك.
* لا تغضب وتجنب الزعل والإنفعال وقفل باب الحوار.
* عبر عن مشاعرك بصدق، وبينّ أنك ترغب في سماعه.
* شجع الآخر على إبداء وجهة نظره.
* تذكر أنك عندما تسد الباب أمامه للتحاور فإنك ستتركه مفتوحاً للآخرين ممن قد يلجأ لهم.
* لا تشعره بأن تحاوره معك واجب وتسلط عليه.
* تذكر أن الحوار لا يعني إلحاق الهزيمة بطرف آخر، أي كن مستعداً لتغيير وجهة نظرك.

ملحق

برنامج لتدريب الطفل بطريقة ملطفة على توثيق تفاعله الإيجابي ببيئته الإجتماعية

برنامج عام للعلاج بطريقة التعليم الملطف والمؤازرة الوجدانية

الهدف من البرنامج:

الهدف من أي برنامج لهذا النوع من العلاج هو خلق بيئة إجتماعية متقبلة للطفل وذلك بالعمل على:

١ ـ زيادة الرابطة الوجدانية وتوثيق علاقات الطفل الإجتماعية ببيئته الإجتماعية في داخل المنزل أو المدرسة أو المؤسسة.

٢ ـ التقليل من العوامل أو المثيرات المنفرة التي من شأنها أن تأذن بظهور السلوك المضطرب أو تطوره.

٣ ـ تحسين التفاعلات الإيجابية والإتصال بالطفل مما يمنح الأبوين والقائمين برعاية الطفل أن يكونوا فيما بعد أكثر قدرة على معالجة إضطراباته والتنبؤ بها بما في ذلك ثوراته الإنفعالية، والتعارك، وتحطيم الأثاث، والغضب والحنق. . . إلخ.

ومن المتوقع أنه كلما تحققت الأهداف السابقة بدأت الرابطة الوجدانية بالطفل تقوى، وكلما قويت هذه الرابطة كلما تزايد فهم الطفل لبيئته، وبالتالي يبدأ سلوكه المضطرب في التناقص والتضاؤل التدريجي.

عناصر الخطة العلاجية:

أ ـ زيادة السلوك الإيجابي

١ ـ تدعيم أي سلوك آخر عدا السلوك المضطرب:

يقوم العاملون أو القائمون برعاية الطفل وفق هذا العنصر بالعمل قصداً

وعمداً على خلق مواقف للتفاعل والإحتكاك الإجتماعي بالطفل لعدد يتراوح من مرتين إلى أربع مرات في الساعة لمدة تتراوح من ١٥: ٣٠ ثانية في كل منها. ويكون هدف هذا التفاعل هو تدعيم ومكافأة أي سلوك آخر يقوم به الطفل مختلف عن السلوك المضطرب. ويأخذ التفاعل أشكالاً بسيطة كالإبتسام والتحية ،والربت، والسؤال عن الأحوال وتبادل الأحاديث الودية، والحوار والفكاهة... إلخ.

٢ ـ تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض:

يطلب العاملون أو القائمون برعاية الطفل أن يقوم الطفل بمعاونتهم في نشاط معين يتسم بالتعاون، أو المشاركة في إنجاز عمل معين يحتاج تنفيذ لفترة تتراوح من دقيقتين إلى خمس دقائق (أنظر أمثلة لهذه النشاطات في قائمة النشاطات المرصودة في نهاية الخطة). ومن المطلوب أن يتم ذلك عدد من المرات خلال اليوم الدراسي أو خلال فترات الاحتكاك التي كان السلوك المضطرب يتزايد خلالها ويوصي أن يتم ذلك مرة كل ساعة على الأقل. كن خلاقاً في ابتكار نشاطات قصيرة وملائمة لظروف الطفل وبيئته. لاحظ أن الهدف هنا هو تدعيم أنواع السلوك البديلة للسلوك المضطرب إذ لا يمكن أن يكون الطفل مضطرباً ومتعاوناً في نفس الوقت. فالمشاركة نقيض للسلوك التدميري أو للسلوك غير اللائق الذي يثير الشكوى.

٣ ـ جدولة النشاط الدراسي:

تعاون مع الطفل في وضع جدول، بحيث يشتمل على الأقل ساعتين للدراسة بما فيها إعداد الواجبات المنزلية، الإعداد للدرس المقبل، ومراجعة المعلومات السابقة... إلخ. يجب أن يتضمن الجدول نشاطات أخرى تتخلل أداء النشاطات الدراسية.

ب ـ التحكم في السلوك اللاتوافقي

٤ ـ التدخل والمقاطعة: Interruption

عند ظهور السلوك غير المرغوب (التحطيم والتمزيق، والتهديد والحركة الزائدة، وإيقاع الأذى بالنفس) لا تترك الطفل أو تتفرج عليه، بل حاول أن تتدخل لإيقاف هذا السلوك بأقل قدر ممكن من التهديد والإثارة. وهناك أساليب للتدخل والمقاطعة للسلوك غير المرغوب تكون أحياناً بهدف حفظ ماء وجه الطفل وإعطائه فرصة للتراجع وتعديل السلوك الخاطىء. ومن أساليب التدخل أن تطلب منه أن يقوم بعمل أو يتعاون معك في نشاط معين من المواقف الإنفعالية المحتدمة، ومنها الحث البدني والربت مع توجيه إنتباهه لنشاط آخر أو تشجعيه على الاستمرار في نشاط إيجابي سابق. والتدخل الناجح في هذه المواقف الإنفعالية المحتدمة هو التدخل الذي لا يؤدي إلى تفاقم المشكلة، وأن يساعد على الاستمرار في النشاط الإيجابي (الدراسة مثلاً) وليس توقفها أو إلغائها.

٥ ـ التوجيه لنشاط بديل: Redirection

الهدف من هذا الأسلوب هو توجيه الطفل لنشاطات أو إستجابات بديلة (إفعل هذا بدلاً من ذلك). وعندما يتم ذلك بنجاح يفهم الطفل أن الإستجابات السابقة التي سبق إيقافها والتدخل فيها لم تعد مجدية أو مثيرة للإنتباه. ويجب أن يُستخدم هذا الأسلوب بتلاحم شديد مع أسلوب التدخل والمقاطعة... أي أن التوجيه لنشاط بديل يتم أثناء مقاطعة السلوك غير التكيفي. ويحسن أن يتم ذلك بصمت دون كثير من الجدل والنقاش ومن خلال الحث البدني، والإيماءات، مع الاستمرار في التواصل والحوار.

٦ ـ التجاهل: Ignoring

الهدف من التجاهل في خطط التعليم اللطيف هو إطفاء الإستجابات

غير المرغوبة بتجاهلها. وفي مثل هذه الأحوال من المطلوب أن تتصرف كما لو كانت الإستجابة غير المرغوبة لم تحدث. تجنب خلال ذلك التفرج على الطفل أو الإحتكاك البصري به، وقلل بقدر الإمكان من الإحتكاك البدني (كاللمس أو الربت). قلل أيضاً من فرص القرب الجسمي، أي حافظ على مسافة بعيدة إلا إذا كان قربك منه ضرورياً ومفروضاً. إذا كان من الضروري أن تتدخل أو تستجيب فاجعل ذلك يحدث بإقتضاب وبأقل قدر ممكن من الجدل.

٧ ـ دعم وكافيء: Reward

بعد التدخل في إيقاف السلوك المضطرب وتوجيه الطفل لنشاط بديل أو جديد، دعِّم استمراره في هذا النشاط من خلال مشاركته والتعاون معه. . . والإنتقال به من نشاط إلى نشاط آخر حتى تتلاشى الإستجابات المرضية. وإذا كان من الصعب الإنتقال بالطفل إلى النشاط البديل الذي يرتبط بالمكافأة والتدعيم، فحاول أن تركز على أي سلوك يصدر عن الطفل يجعله موضوعاً للمكافأة. بعبارة أخرى، إذا لم تحدث المواقف المؤدية إلى المكافأة. . فاجعل والتدعيم ممكنان بتوجيههما لأي نشاط أو سلوك آخر لائق يصدر عن الطفل. وتعطي قائمة النشاطات التالية نماذج لأنشطة يمكن تشجيع الطفل على أدائها ثم مكافأته عندما يفعل ذلك.

قائمة بالنشاطات (أمثلة):

أ ـ **نشاطات إجتماعية:** التحية باليد، الرد على التلفون، رعاية حيوان أو طفل آخر، المرافقة في تناول الطعام، حديث إنفرادي، التنزه بصحبته.

ب ـ **نشاطات ترفيهية:** ركوب دراجة، الذهاب للمراجيح، الجري، ألعاب رياضية أخرى كالسباحة أو كرة القدم، قراءة مجلة أو كتاب، مشاهدة تلفزيون، الذهاب للسينما، التسوُّق، مناقشة إجتماعية أو مناظرة.

ج ـ **نشاطات منزلية:** تنظيم الحجرة، تغليف الكتب أو الكراسات، المساهمة في تنظيف أدوات المطبخ، المساهمة في إعداد المائدة، المساهمة في إعداد ميزانية المنزل.

المصطلحات الرئيسية

بالمفاهيم الرئيسية التي وردت في الكتاب
مع التعريف بها

إبعاد مؤقت Time Out:

طريقة علاجية يتم من خلالها إبعاد الطفل في مكان أقل تدعيماً بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك فيه خطر على الآخرين كالعدوان والتدمير أو على النفس. وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح من دقيقتين إلى عشر دقائق بحسب عمر الطفل. ومن الأمثلة على ذلك إبعاد الطفل في مكان نائي بالمنزل لمدة ثلاث دقائق مثلاً عندما يبدأ الدخول في سلوك عدواني كتحطيم الأثاث أو الإعتداء على أحد أفراد الأسرة.

إكتئاب Depression:

يأتي الاكتئاب في شكل إضطراب عصابي، أو ذهاني، وتتمثل الخواص الرئيسية للإكتئاب العصابي في الميل إلى الحزن، وفقدان الشهية، والتشاؤم، والتأنيب المستمر للنفس. ويسمى أحياناً **إكتئاباً إستجابياً** Reactive Depression لأنه عادة ما يتطور نتيجة لفقدان موضوع (شخص، مكان، مركز اجتماعي) أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو إنقطاع علاقة إجتماعية وثيقة. أما الإكتئاب الذهاني فهو درجة شديدة من الإكتئاب، ومصادره الخارجية غير محددة. وقد تنتهي حالات بعض المصابين به بمحاولة الإنتحار أو الإنتحار الفعلي. وتصحبه إضطرابات عقلية وإدراكية كالهلاوس والهواجس.

اختبار المصفوفات المتتابعة Progressive Matrices:

واحد من أشهر إختبارات الذكاء، ويمتاز بتحرره النسبي من التأثيرات الحضارية والثقافية. من وضع «رافين» (Raven 1960).

أخصائي (خبير نفسي) Psychologist:

عالم نفسي أو ممارس للتقييم العقلي والنفسي وللعلاجات النفسية المشتقة من بحوث علم النفس. عادة ما يكون حاصلاً على الدكتوراه في علم النفس مع التدريب العملي والممارسة المهنية لمدة أربعة أعوام على الأقل بعد الحصول على بكالوريوس في علم النفس والعلوم السلوكية.

استجابة شرطية Conditioned response:

الإستجابة لمنبه أمكن اكتسابها بطريق التعلم، أي الإستجابات التي لا يكون مصدرها الأفعال المنعكسة.

إسترخاء Relaxation:

طريقة من العلاج يتم بمقتضاها تدريب الشخص على إيقاف كل الإنقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والقلق.

إستهجان إجتماعي Social disaopproval:

أن تُبين للمريض (أو للطفل المشكل) بصوت ثابت وقاطع (ولكن ليس صارماً)، أنه قد إرتكب خطأ من جراء تصرفه، أو أن سلوكه غير مقبول. ويحذر علماء العلاج السلوكي من الإسراف في استخدام هذا الأسلوب، خاصة إذا ما استمر السلوك المستهجن. لأن الإسراف في استخدامه يثير صراعات وتبادل للإتهامات بين الطفل وبين الشخص الذي يؤدي هذا السلوك، مما يجعله مرتبطاً بتزايد أنواع السلوك غير المرغوبة أو تفاقمها.

أسلوب معرفي Cognitive Style:

يستخدم هذا المصطلح في العلاج السلوكي للإشارة إلى طريقة تفكير

الشخص وما يحمله عن نفسه أو عن العالم من آراء أو إتجاهات. ويرى المعالجون أن الإضطراب النفسي يلتحم بقوة بأسلوب التفكير. ومن أهم الأساليب المعرفية التي ترتبط بالاضطراب وسوء التوافق: المبالغة والتهويل، الأسلوب الكوارثي (توقع الكوارث والمصائب)، والإتجاهات الكمالية المطلقة... إلخ. ويعتبر «البرت اليس» Ellis و«بيك» Beck من الولايات المتحدة أهم من ساهموا في تطوير هذا الاتجاه.

إعاقات النمو العقلي Developmental Disabilities: (أنظر تخلف عقلي).

إقتداء Modeling:

تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك (أنظر كذلك تعلم اجتماعي).

إقتصاد رمزي Token Economy:

أسلوب من العلاج السلوكي تطور بتأثير من نظريات «سكينر» ضمن التعلم الإجرائي، ويعتمد على تقديم مدعم رمزي Token إثر ظهور السلوك المرغوب. بعبارة أخرى فهو يقوم على نفس مبدأ التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب. ويتم إجرائياً باستخدام وسائط تدعيمية (فيشات، نجوم لاصقة، قطع معدنية، نقاط) تعطى للشخص إثر قيامه بالسلوك المرغوب. وتسمى هذه الوسائط مدعمات ثانوية لأنه لا قيمة لها في حد ذاتها. وتحول بعد ذلك إلى مدعمات أولية كالطعام، أو المشروبات أو أي نشاط ترفيهي. ويساعد أسلوب الإقتصاد الرمزي على حل مشكلة التدعيم الفوري. فعندما لا يتوافر التدعيم الإيجابي (كالمكافأة المادية أو المعنوية التي نعد بها الطفل) يمكن أن نمنحه بدلاً من ذلك فيشة أو نجمة لاصقة على كُراسة خاصة للمكافآت، حتى يمكن إستبدالها بعد ذلك وفي وقت ملائم بمكافأة أو تدعيم أولي. ومن الأمثلة على ذلك أن نضع للطفل نجمة لاصقة كل ١٥ دقيقة يقضيها في أداء عمله المدرسي. وفي نهاية اليوم نجمع هذه النجوم ونعطي للطفل مقابلها مكافأة مادية أو معنوية متفق عليها.

إنفعال Emotion:

أنواع السلوك المتعلقة بالمشاعر والأحاسيس والاستجابات الوجدانية والمزاجية. ومنه الإنفعالي Emotional أي الشخص الذي يغلب عليه التصرف باندفاع ودون روية.

إنطفاء Extinction:

حجب مدعم عن سلوك غير مرغوب، ويتم ذلك بتجاهل ذلك السلوك وعدم الالتفات إليه. فإن استمر هذا التجاهل وتواصل فإن ذلك السلوك غير المرغوب سيقل تكراره إن لم يتوقف تماماً.

بوليميا Bulimia:

إضطراب بدني نفسي يطلق على الشخص عندما يسرف في تناول الطعام ثم يلجأ بعد ذلك للتخلص منه بالتقيؤ القصدي أو باستخدام العقاقير المسهلة.

استعادة تلقائية Spontaneous Recovery:

عودة السلوك للظهور من جديد بعد توقفه أو انطفائه خصوصاً في المراحل الأولى لاستخدام عملية إطفاء السلوك (أي تجاهله والكف عن تقديم مدعم له). ولهذا تتضح أهمية الإصرار على تجاهل سلوك ما متى ما بدأنا تلك العملية وأن لا يصيبنا اليأس إن استمر السلوك لفترة أطول مما كنا نتوقع، أو إن ازدادت حدته. فالسلوك يزداد حدة بعد تطبيق عملية الإطفاء ولكنه لا يلبث أن يتناقص تدريجياً في حدته وتكراره بعد مرور مدة معينة يحدد طولها مدى انطلاقة السلوك وقوته أصلاً، أو وجود خيارات أخرى مقبولة لذلك السلوك.

تخطيط البيئة Environment Planning:

طريقة في العلاج يقصد بها التحكم في الشروط الخارجية وتكييفها بطريقة فعالة بحيث إما أن تسمح لأنواع السلوك الإيجابية المرغوبة في الظهور، أو أن تعمل على تجنب المواقف التي يرتبط ظهورها بالسلوك غير المرغوب. ويستخدم هذا المصطلح كمرادف لمفهوم ضبط البيئة Environment Control.

تخلف عقلي Mental Retardation:

حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي عام دون المتوسط، يبدأ خلال مرحلة النمو، ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي للفرد. ويعتمد تشخيص التخلف العقلي على استخدام إختبارات الذكاء المقننة.

تراتبية القلق Anxiety Hierarchy:

الترتيب التصاعدي للحوادث أو المواقف المثيرة للقلق أو الخوف يهدف تعريض الشخص لها حتى يعتاد عليها (أنظر كذلك: تقليل الحساسية أو التبليد الحسي).

تمرن سالب Negative Practice:

الحث على أداء سلوك غير مرغوب بطريقة مستمرة حتى يتم التوقف عنه. ومن الأمثلة على ذلك أن نطلب من الطفل أن يستمر لمدة ساعة على الأقل في تمزيق كمية من المجلات والجرائد القديمة إثر قيامه بتمزيق كتبه.

تدعيم Reinforcement:

أي حدث أو شيء يحدث أو يقدم بعد ظهور السلوك أو نتيجة له ويؤدي إلى زيادة في تكرار ذلك السلوك أو حدته أو مدة حدوثه.

تدعيم إيجابي Positive Reinforcement:

هو تقديم مدعم إيجابي (مادي أو إجتماعي) يتبع سلوك معين ويؤدي إلى تزايد في شيوع هذا السلوك مستقبلاً. ومن الأمثلة على ذلك القيام بشكر الطفل ومكافأته وتقريظه عندما يصدر منه سلوك نعتبره إيجابياً كالتعاون، أو التفاعل الإيجابي أو أداء واجباته... إلخ.

تدعيم جزئي (متقطّع) Partial Reinforcement:

هو تقديم المدعم بين الحين والآخر عند ظهور السلوك وليس كل مرة يظهر فيها ذلك السلوك. ويلاحظ أن نسبة كبيرة من السلوك تتكون بفعل

التدعيم المتقطع. وتشير التجارب إلى أن الإستجابات التي يتم إكتسابها بطريقة التدعيم المتقطع تكون أكثر إستمراراً أو مقاومة للإنطفاء من تلك التي اكتسبت بفعل التدعيم المستمر (أنظر كذلك تدعيم مستمر).

تدعيم سالب Negative Reinforcement:

تأثير التدعيم السالب على السلوك مثل تأثير التدعيم الإيجابي إلا أن الفرق هو أن الذي يحدث في التدعيم السالب هو إنهاء أو إيقاف حدث أو فعل مستمر بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع هذا السلوك تبعاً لذلك، بينما الذي يحدث في التدعيم الإيجابي هو تقديم أو حدوث فعل أو شيء بعد السلوك أو نتيجة له فيزداد شيوع السلوك وتكراره نتيجة لذلك. ومن الأمثلة على ذلك تدعيم سلوك التقاط الأم لطفلها بتوقفه عن الصياح والصراخ. في هذه الحالة سيزداد تكرار التقاط الأم لطفلها عندما يبدأ الصياح لأن في ذلك إيقاف لحدث مزعج وهو الصياح.

تدعيم عفوي Accidental Reinforcement:

هو الحدث الذي يحدث صدفة بعد السلوك وليس نتيجة طبيعية أو مخططة له ويؤدي إلى زيادة شيوع ذلك السلوك. وقد إستخدم «سكينر» هذا المصطلح لتفسير تكوُّن السلوك الخرافي في تجربة قدم فيها المدعم لحمام كل عدة ثوان فوجد أن السلوك الذي يحدث قبل ذلك المدعم يزيد تكراره بالرغم من أن العلاقة بين السلوك والمدعم أتت بالصدفة. ويعتبر الانتباه غير المقصود للطفل عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب مدعماً لهذا السلوك ولإستمراره بعد ذلك بالرغم من عدم استمرار التدعيم.

تدعيم فارق لسلوك الآخر Differential Reinforcement Of Other Behavior (DRO):

موقف يتم خلاله تدعيم أي سلوك فيما عدا سلوك واحد (السلوك المضطرب). ويقدم المدعم بهذه الطريقة كل فترة تمر لا يحدث فيها السلوك المراد إيقافه. ويعني هذا أن حدوث السلوك المراد إيقافه يؤدي إلى تأخير حدوث المدعم لفترة محددة. ويؤدي هذا النوع من التدعيم إلى

تناقص في السلوك المراد إيقافه وتزايد في شيوع أي سلوك آخر. ومن الأمثلة على ذلك تقديم المدعم لطفل إعتاد إيذاء نفسه مثلاً لأي سلوك آخر عدا قيامه بالسلوك المؤذي.

تدعيم فارق لسلوك مناقض Differential Reinforcement of incompatible Behavior (DRI):

تقديم مدعم إيجابي إثر ظهور سلوك يناقض أو يتعارض حدوثه مع حدوث السلوك المراد إيقافه، وبهذا يتم تدعيم السلوك الذي لا يمكن أن يتواجد مع ظهور السلوك المضطرب. فإذا كان هناك طفل مثلاً يقوم باستخدام يديه في سلوك غير مرغوب كنتف شعره أو خربشة وجهه أو ضرب رأسه فإن تدعيم وتشجيع أي سلوك يستخدم من خلاله يديه في نشاط آخر مرغوب، مثل ترتيب لعبه أو تكوين صورة أو ركوب دراجة، ويمنعه من استخدامهما في إيذاء الذات يعتبر مثالاً جيداً على هذا النوع من التدعيم.

تدعيم مستمر Continuous Reinforcement:

تقديم مدعم إثر كل مرة يحدث فيها سلوك معين، كأن تمنح الطفل قطعة حلوى إثر كل مرة يستجيب فيها لطلب معين أو عندما يؤدي استجابة معينة.

تشبع بالمنبه Stimulus Satiation:

العملية التي يتم من خلالها التقليل من فاعلية منبه تدعيمي بالعمل على الإكثار من هذا المنبه أو المدعم حتى يفقد خاصيته التدعيمية. ومن الأمثلة على ذلك إعطاء الطفل كميات كبيرة من الأقلام أو المحايات في كل مرة يستولي أو يسرق إحداها من إخوته أو زملائه. وبالرغم من الصعوبات المنهجية في استخدام هذا الأسلوب إلا أنه يستخدم كطريقة علاجية في حالة ظهور استجابات غير مرغوبة كسرقة أشياء تافهة، أو الرغبة في تجميع بعض الأشياء، فالتشبع بالمنبه طريقة لتجريد مدعم سابق من قيمته التدعيمية.

تشريط Conditioning:

عملية من التعلم القائم على الإقتران أو الربط بين منبه وإستجابة (أنظر إستجابة شرطية، منبه شرطي).

تشكيل Shaping:

عملية تدريبية علاجية تعتمد على تعليم الطفل أداء سلوك جديد مركب كالاستحمام أو تعلم اللغة أو القراءة وذلك بتقسيم هذا السلوك المركب إلى أجزاء أو خطوات صغيرة متتابعة يمكنه اكتسابها، ثم تقديم المدعم إثر أدائه كل خطوة تقرِّبه من تعلم السلوك الكلي. وعادة ما يتم التشكيل بتقسيم السلوك الجديد إلى خطوات أو إستجابات أصغر يُشجَّع الطفل على إتقانها.

الإفراط في التصحيح Over Correction:

أحد الوسائل العقابية المستخدمة في تعديل السلوك. والهدف منها هو تدريب الطفل على السلوك الملائم من خلال تصحيحه لأخطائه حتى يصل لمستوى الإجابة الملائمة. من الأمثلة على ذلك ما يستخدمه المشرفون على دور الرعاية عندما يطلبون من الطفل الذي يتبول في مكان غير ملائم بأن ينظف بقعة التبول وكل المساحة التي تم فيها ذلك. ويمارس المدرسون هذا الأسلوب عندما يطلبون من الطفل الذي أخطأ في كتابة كلمة معينة بأن يكتبها ٥٠ مرة مثلاً.

تعلم إجتماعي Social Learning:

النظرية التي تؤكد على أهمية العوامل الإجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين، أو ملاحظة النماذج السلوكية في البيئة. ويتضمن التعلم الإجتماعي دراسة الدور الذي تلعبه أساليب التنشئة والتطبيع الإجتماعي للطفل.

التعلم الفعال (الإجرائي) Operant Learning:

نظرية في التعلم دعا لها وطورها العالم الأمريكي المعروف «سكينر»

Skinner وتثبت أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو سالبة كالعقاب (التعلم بالعاقبة مرادف لهذا المصطلح).

تعلم معرفي Cognitive Learning:

التعلم من خلال التفكير في المواقف بتحليلها وإدراكها، وتفسيرها.

تعلم بالمؤاذرة الوجدانية: أنظر علاج ملطف).

تعويد Habituation:

أسلوب علاجي يتم من خلاله التغلب على الحساسية المفرطة تجاه بعض الموضوعات المثيرة للخوف والقلق بتعريض الطفل المستمر لها بدلاً من تجنبها والهروب منها.

تفكير كوارثي Catastrophic Thinking:

أسلوب أو طريقة غير عقلانية في التفكير يدرك الفرد من خلالها كل الأمور البسيطة على أنها كارثة أو مصيبة مع توقع نتائج فظيعة من مقدمات لا تشير بالضرورة إلى ذلك.

تقليل الحساسية (تبليد حسي) Desensitization:

تقليل الإستجابات الإنفعالية الحادة كالقلق والخوف تدريجياً عند مواجهة المواقف المثيرة بالإنفعال (أنظر كذلك تدريج القلق).

تكاليف الإستجابة Response Cost:

إيقاف بعض المدعمات أو فرض غرامة عندما يظهر سلوك غير مرغوب. منع الطفل مثلاً من مشاهدة التلفزيون لمدة (نصف ساعة) إثر ظهور سلوك غير مرغوب.

التلاشي Fading:

الإقلال التدريجي من التدعيم بعد إكتساب السلوك المرغوب. التدرج في

التوقف عن مساعدة الطفل وفي سحب التدعيم عندما يصل لمرحلة إتقان أداء سلوك معين، يعتبر مثالاً جيداً على هذا الأسلوب. كذلك يعتبر التقليل التدريجي من الشروط المؤدية لظهور سلوك معين مثال آخر على التلاشي.

التنفير (كأسلوب علاجي) Aversion:
أسلوب علاجي يقوم على قرن منبه منفر أو منبه مؤلم وغير سار بسلوك غير مرغوب ويؤدي إلى إنطفاء هذا السلوك وانقراضه. ويستخدم عادة في علاج حالات الإدمان والشذوذ الجنسي، والإفراط في تناول الأطعمة.

توكيدية (تأكيد الذات) Assertiveness:
طريقة من طرق تدريب المهارات الاجتماعية وتستخدم في حالات علاج القلق الاجتماعي وذلك بتدريب الطفل على التعامل بحرية مع إنفعالاته الإيجابية والسلبية. ومن الثابت أن التدريب على حرية التعبير الإنفعالي يعتبر سلوكاً مناقضاً للقلق، إذ لا يمكن أن يكون الشخص قادراً على التعبير عن أي انفعال آخر عندما يكون القلق هو الإنفعال الوحيد الغالب على الشخص في تعامله مع مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة.

الجهاز العصبي التلقائي Autonomic Nervous System:
الجهاز العصبي الذي يتولى عملية الضبط للوظائف الآلية الفسيولوجية كالتنفس، ودقات القلب، ونشاط المعدة، وإفرازات الغدد... إلخ.

خبير نفسي Psychologist: (أنظر أخصائي نفسي)

حد الشيوع (الخط القاعدي) Baseline:
كمية شيوع سلوك معين قبل التدخل في إيقافه أو علاجه.

حوارات مع النفس Monolog: (أنظر مونولوج)

ذهان Psychosis:
إضطراب شديد يصيب وظائف التفكير والإنفعال والسلوك الإجتماعي، مما يؤدي إلى فقدان صلة المريض بواقعه في الحالات الشديدة من الذهان، ويحتاج المريض بسببه إلى العناية في مصحة أو مستشفى للصحة العقلية

خاصة إذا اشتد هذا الإضطراب لدرجة تجعل المريض خطراً على نفسه، أو خطراً على الآخرين أو عاجزاً عن قضاء حاجاته الحيوية (أنظر كذلك فصام، إكتئاب).

سلوك Behavior:

أي نشاط يصدر عن الكائن سواء كان أفعالاً يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية، أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والإبداع... إلخ.

سلوك محوري Target Behavior:

أنواع الإستجابات أو السلوك الذي يهدف المعالج إلى إيقافه أو تقويته. وعادة ما يكون السلوك المحوري هو السلوك الذي لا يستريح له الفرد، أو يؤدي إلى نتائج سلبية للآخرين أو لكليهما: الفرد نفسه والآخرين.

سوابق السلوك Antecedents:

الأفعال أو المؤشرات التي تحدث قبل ظهور السلوك غير المرغوب أو تنبىء بحدوثه أو تساعد على ظهور الإستجابة المضطربة (أنظر اللواحق السلوكية).

صندوق سكينر Skinner Box:

الجهاز الذي استخدمه «سكينر» لدراسة سلوك الحيوانات عندما تتعلم سلوكاً فعالاً (أنظر تعلم فعال).

التحكم بالبيئة Environment Control: (أنظر تخطيط البيئة).

تحكم المنبه Stimulus Control:

تحكم المنبهات أو المواقف الخارجية في حدوث السلوك أو توقفه. ويمكن استخدام المنبه الذي له هذه السمة للتحكم بالسلوك المرغوب أو بتوقف السلوك غير المرغوب ويكتسب المنبه هذا سمة التحكم بسلوك ما عندما يصبح مؤشراً قوياً لنتيجة ذلك السلوك.

طبيب نفسي Psychiatrist:

الطبيب الذي يتخصص في دراسة وعلاج الأمراض النفسية والعقلية باستخدام الوسائل العضوية والطبية.

عائد بيولوجي (مردود حيوي) Biofeedback:

مراقبة عمل أعضاء الجسم ووظائفه (كضغط الدم، أو نشاط الغدد، أو النشاط الكهربائي للمخ) من خلال المعلومات المعدة لقياس هذه الوظائف كأجهزة قياس ضغط الدم أو أجهزة الرسم الكهربائي للمخ.. إلخ.

عصاب Neurosis:

إضطراب يتميز بسرعة الإستشارة الإنفعالية والقلق الشديد والوساوس. وتسيطر على العصابي أحياناً أعراض محددة كالخوف المرضي والإكتئاب. وعادة ما يتسم سلوك العصابي بالتعاسة، وسيطرة مشاعر الذنب، وعدم الفاعلية في المواقف الإجتماعية. (أنظر كذلك: عصاب القلق، القلق، الإكتئاب، الوسواس القهري، المخاوف المرضية (فوبيا)، هيستيريا كأشكال من العصاب).

عصاب القلق Anxiety Neurosis:

المعاناة المستمرة الدائمة من القلق. (أنظر قلق وعصاب).

عقاب Punishment:

منبه مؤلم ومنفر يقدم أو يأتي إثر ظهور السلوك (أنظر تكاليف الإستجابة، إبعاد مؤقت، تنفير، تدعيم سلبي).

علاج بالتحليل النفسي Psychoanalytical Therapy:

استخدام المبادىء النظرية المشتقة من نظريات «فرويد» وتلامذته في التحليل النفسي، وتطبيقها في ميدان علاج الإضطرابات الإنفعالية.

علاج بالتنفير Aversion Therapy: (أنظر تنفير).

علاج سلوكي Behavior Therapy:

تعديل السلوك المرضي وتغييره مباشرة باستخدام النتائج المشتقة من نظريات التعلم وعلم النفس التجريبي.

علاج سلوكي ـ معرفي Cognitive-Behavior Therapy:

تعديل السلوك والتحكم في الإضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته (أنظر معرفي).

علاج كيميائي Chemo Therapy:

استخدام العقاقير الطبية في علاج الإضطرابات الإنفعالية والعقلية.

علاج بالتعليم الملطف Gentle Teaching Therapy:

طريقة جديدة تلقى في الوقت الراهن إهتماماً كبيراً في علاج المشكلات السلوكية غير التكيفية خاصة بين الأطفال المتخلفين عقلياً بالتركيز أساساً على تكوين رابطة وجدانية، ومؤازرة للطفل، مع التجنب الكلي لأساليب التنفير والعقاب.

علاج معرفي Cognitive Therapy:

مجموعة المدارس العلاجية الي تتفق على تأكيد فكرة أن العلاج الناجح يجب أن يكون مصحوباً بتحسن في طريقة التفكير والإدراك. (أنظر علاج سلوكي ـ معرفي).

علاج وجودي Existential Therapy:

طريقة من العلاج النفسي المشتقة من الفلسفات الوجودية تولي إهتمامها الرئيسي لدور إدراكنا الخاص للبيئة وخبراتنا المباشرة بها (هنا ـ والآن).

علاج نفسي Psychotherapy:

علاج بالطرق التقليدية المتأثرة إلى حد كبير بنظرية «فرويد»، وتعتمد على الحوار بين المعالج والمراجع وتنطوي على فكرة أن عوامل المشكلة داخل الشخص ومن ثم لا تولي للبيئة السلوكية اهتماماً كبيراً.

علم النفس Psychology:
العلم الذي يختص بدراسة السلوك الإنساني والحيواني باستخدام المنهج العلمي.

عالم نفس: (أنظر أخصائي نفسي).

فصام Schizophrenia:
إضطراب ذهاني تصاحبه أعراض تدل على الإضطراب الفكري والإنفعالي كالهلاوس البصرية والسمعية، والهواجس، والتناقض الوجداني (أنظر ذهاني).

فوبيا (خواف مرضي) Phobia:
خوف مرضي شديد من موضوع محدد أو مواقف لا تستثير بضرورتها الخوف الشديد. ومن أهم المخاوف العصابية الشائعة الخوف من بعض الحيوانات والخوف من الظلام والخوف من المرتفعات... إلخ. وتتميز الأعراض الأكلينيكية للخوف المرضي بوجود نشاط شديد في الوظيفة الإستثارية من الجهاز العصبي التلقائي. (أنظر قلق، عصاب).

قدوة Model: (أنظر تعلم إجتماعي ـ اقتداء).

قلق Anxiety:
توجس أو خوف غير محدد المصدر تصحبه زيادة في النشاط الإستثاري في الجهاز العصبي المركزي. (أنظر عصاب القلق).

السلوك القهري Compulsive Behavior:
أفعال متكررة أو طقوس يجد الفرد نفسه مضطراً لممارستها بشكل مستمر كمحاولة للتخفف من القلق (أنظر عصاب، عصاب وسواس ـ قهري).

كوارثي Catastrophic: (أنظر أسلوب معرفي، تفكير كوارثي).

لاحق (لواحق) Consequences:
توابع السلوك ونتائجه (بما فيها المكاسب والتدعيمات) التي تأتي بعد السلوك.

لعب الأدوار Role Playing:

منهج من مناهج التعلم الإجتماعي ندرب بمقتضاه الشخص على أداء جوانب من السلوك الإجتماعي إلى أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها.

مونولوج أو حوار داخلي Monolog:

يبين «مايكنبام» Meichenbaum (١٩٧٧) أن حديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن الموقف الذي يواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب والمرضي مع ذلك الموقف. ولهذا يعتمد المعالج السلوكي المعرفي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة المراجع على التغلب على الإضطراب.

مدعم أولي Primary Reinforcer:

مثل الطعام والشراب عندما يقدم إثر القيام بسلوك معين فيؤدي إلى زيادة تكرار ذلك السلوك أو حدته أو طول مدة حدوثه.

مدعم ثانوي (شرطي) Secondary (Conditioned) Reinforcer:

مدعم لا قيمة له في حد ذاته لكنه يؤدي إلى تحقيق مدعم أولي كالفيشات والنجوم اللاصقة التي تُعطى للطفل إثر قيامه بسلوك مرغوب.

منبه شرطي Conditioned Stimulus:

منبه محايد يمكن إثارته قصداً من خلال إقترانه بمنبه آخر.

مستويات عليا من التشريط Higher Order Conditioning:

عملية يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطي واحد، بحيث أن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الإستجابة الشرطية. (أنظر استجابة شرطية).

هرمون Hormone:

عناصر كيميائية تفرزها الغدد بهدف تنظيم وظائف الجسم.

هزال مرضي Anorexia Nervosa:

إضطراب يحدث نتيجة لتوقف المريض تدريجياً عن تناول الأطعمة، فيعتاد الجسم لكميات أقل وأقل من الطعام حتى يفقد الشخص وزنه ويصاب بالهزال الشديد.

هلاوس Hallucinations:

إضطرابات تتعلق بالإحساس بأشياء لا يحس بها الآخرون كالهلاوس السمعية **Auditory Hallucinations**: أي سماع أصوات لا يسمعها الآخرون والإستجابة لها، أو الهلاوس البصرية Visual Hallucinations أي رؤية أشكال أو حيوانات لا يراها المحيطون بالشخص. وعادة ما يرتبط ظهور الهلاوس بالأمراض العقلية الذهانية ولكن يمكن إثارتها تجريبياً من خلال تعاطي بعض المخدرات أو العقاقير كعقار الـ LSD.

هيستيريا Hysteria:

إضطراب عصابي تتطور من خلاله أعراض عضوية كالشلل أو فقدان البصر دون أن يكون لذلك أساس جسمي. وعادة ما تكون الإستجابة الهيستيرية محاولة للهروب من المشكلات والمسؤوليات، ولتحقيق مكاسب ثانوية كالحصول على العطف والرعاية.

هواجس Delusions:

معتقدات ثابتة لا أساس لها من الصحة. (أنظر ذهان).

وسواس قهري Obsessive Compulsive:

عصاب يتميز بوجود أفكار حوارية ثابتة وأفعال قهرية متكررة. (أنظر عصاب، قهري).

المراجع

مراجع عربية

إبراهيم (عبد الستار). **القلق: قيود من الوهم**. القاهرة: كتاب الهلال، مايو ١٩٩١.

إبراهيم (عبد الستار). **علم النفس الأكلنيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي**. الرياض: دار المريخ، ١٩٨٧.

إبراهيم (عبد الستار). **الإنسان وعلم النفس**. الكويت: عالم المعرفة، فبراير ١٩٨٥.

إبراهيم (عبد الستار). **العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان**. الكويت: عالم المعرفة، ١٩٧٩.

إبراهيم (عبد الستار)، الدخيِّل (عبد العزيز بن عبدالله)، إبراهيم (رضوى). الحاجة لعلاجات وبرامج سلوكية متعددة المحاور للتغلب على مشكلات الطفل المعاق. **دراسة ألقيت بالمؤتمر العالمي الأول للجمعية السعودية الخيرية لرعاية الأطفال المعاقين**. الرياض ٧ ـ ١٠، نوفمبر ١٩٩٢.

الدخيِّل (عبد العزيز بن عبدالله). **سلوك السلوك: مقدمة في أُسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته**. القاهرة: الخانجي، ١٩٩٠.

الدخيِّل (عبد العزيز بن عبدالله). الجذور التاريخية السلوكية. **قافلة الزيت**. ١٩٩٣.

حجار (محمد حمدي). **العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية**. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ١٩٩٢.

حجار (محمد حمدي). **العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل**. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. ١٩٩٠.

المراجع الأجنبية

Adesso. V. J. (1990). Habit disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

American Psychiatric Association. (1987). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Third Edition-R. Washington. D.C.: APA.

American Psychological Association. (1988). **Hospital practice: Advocacy issues.** Washington. DC: APA.

Argyle, M. (1973). **Psychology and Social problems.** London: Methuen & Co.

Argyle. M. (1986). Social behavior. In M. Herbet (Ed.), **Psychology for Social Workers** (2nd ed.), London. Metheun.

Bandura, A. (1969). **Principles of behavior modification.** New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1977). **Social learning theory.** Englewood Cliffs, N. j.: Prentice-Hall.

Beck, A.T. (1967). **Depression.** New York: Harper.

Beck, A.T. (1971). Cognition, affect and psychopathology. **Arch. Gen. Psychiatry,** 24, 495-500.

Beck, A. (1974). Depressive neurosis. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), **American handbook of psychiatry vol.** 3. New York: Basic Books.

Beck, A.T. (1976). **Cognitive therapy and emotional disorders.** New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy.** New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

Beck, A.T., Brady, J.P., & Quen, J.M. (1977). **The history of depression.** New York: Insight Communication.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression.** New York: Guilford Press.

Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J.K. Zeig (Ed.) **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.

Carr, E.G., & McDowell, J.J. (1987). Social control of self-injurious behavior of

organic etiology. In C.E. Schaefer, H. L. Millman, S.M. Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Craighead, W.E., Kazdin, A.E., & Mahoney, M.J. (1976). **Behavior modification: Principles. issues, and applications.** Boston: Houghton Mifflin.

Daley, M.F. (1979). Reinforcement menue: Finding effective reinforcers. In J.D. Krumboitz & C. E. Thoresen (Eds.) **Behavioral counseling cases and techniques.** New York: Holt, Rinehart & winston.

DeRisi, W. J. & Butz, G. (1975). **Writing behavioral contract: A case simulation practice manual.** Champaign, III.: Research Press.

D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem-Solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Psychology.** 78, 107-126.

Elmers, R., & Aitchison R. (1977). **Effective parents, responsible children.** New York: McGraw Hill.

Ellis, A. (1962). **Reason and emotion in psychotherapy.** New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J.K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.

Ellis, A. (1990). **How to stubbornly refuse to make your self miserable about anything.** New York: Lyle Stuart Book.

Eysenck. H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. **Behavioral and Brain Schiences.** 2, 155-166.

Fischer, J., & Nehs, R. (1987). Treatment of swearing behavior. In C.E. Schaefer, H. L. Millman, S.M., Sichel, & J. R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Foa, E.B., & Wilson, R. (1991). **Stop obsessions: How to overcome your obsessions and compulsions.** New York: Bantam Books.

Frame, C., Matson, J.L. Sonis, W.A., Fiakov, M.J., & Kazdin, A.E. (1987). Social skills training with a depressed boy. In C.E. Schaefer, H. L. Millman, S.M., Sichel, & J.R. Zwilling, (Eds.), **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Franks, C.M., & Barbrack, C.R. (1986). Behavior therapy with adults: an integrative perspective. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S., Bellack (Eds.) **The Clinical psychology handbook.** New York: Pergamon Press.

Freeman, A., & Davis, D.D. (1990). Cognitive therapy of depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Giampa, F.L., Walker-Burt, G., & Lamb, D. (1984). **Group homes curriculum, Part III.** Michigan, Lansing: Michigan Department of Mental Health's Office of Resource Development.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (1996). **Counceling today's families.** Pacific Grove, Cal.: Brooks/Cole (2nd Ed.).

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (1996). **Family therapy: An overview.** Pacific Grove, Cal.: Brooks/Cole (4th Ed.).

Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1977). **Clinical behavior therapy.** New York Holt, Rinehart & Winston.

Goldfried, M.R., & Goldfried, A.P. (1975). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer, and A.P. Goldstein (Eds.), **Helping people change.** New York: Pergamon Press.

Gonzales, L., Hays, R.B., Bond, M.A., & Kelly, J.G. (1986). In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.). **The clinical psychology handbook.** New York: Pergamon Press.

Harris, S.L. (1986). Behavior therapy with children. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack, (Eds.), **The clinical psychology handbook.** New York: Pergamon Press.

Hawton, K., & Kirk, J. (1991), Problem-solving. In K. Hawton, P.M. Slakkis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), **Cognitive behavior therapy for psychiatric problems.** Oxford: Oxford University Press.

Herbert, M. (1987a). **Behavioural treatment of children with problems: A practice manual.** London: Academic Press.

Herbert, M. (1987b). **Conduct disorders of childhood and adoloescence: A social learning perspective.** Chichester: John Wiley.

Ibrahim, A. & Ibrahim, R. (1990). The behavioral non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioral problems. I: Techniques and & theoretical foundations. **The Arab Journal of Psychiatry. 1,** No. 3, 201-210.

Ibrahim, A., Glick, J. & Ibrahim, R. (1991) The behavioral non aversive (gentle)

teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioral problems. II: An applied case study of severe aggression. **The Arab Journal of Psychiatry.** Vol. 2. No. 1, 44-52.

Ilg, F.L., Ames, L.B., & Baker, S.M. (1981). **Child behavior: Specific advice on problems of child behavior.** New York: Harper & Row.

Ingersoll, B. (1988). **Your hyperactive child.** New York: Doubleday.

Ingram, R.E., & Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Karoly, P. (1975). Operant methods. In F. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds.) **Helping people change.** New York: Pergamon.

Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression, In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Kazdin, A.E., (1990). conduct disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Kendell, P.C., & Bemis, K.M. (1986). Thought ad action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S. Bellack (Eds.). **The clinical psychology handbook.** New York: Pergamon Press.

Krasner, L., (1990). History of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Lazarus, A.A. (1971). **Behavior therapy and beyond.** New York: McGraw Hill.

Levis, D.J. (1990). The experimental and theoretical foundations of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). **Social skills training for psychiatric patients.** New York: Pergamon Press.

Lovaas, O.I, (1977). **The autistic child: Language development through behavior modification.** New York: Irvington.

Madanes, C. (1988). **Strategic family therapy.** San Francisco: Jossey-Bass Pub-

lishers.

Madle, R.A., & Neisworth, J.T.(1990). Mental retardation. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

McGee, J. Menolascino, F.J. Hobbs, D.C., & Menousek, P.E. (1987). **Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation.** New York: Human Sciences Press.

Meichenbaum, D.H., (1969). The effects of instruction and reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. **Behavior Research and Therapy. 7, 101-114.**

Meichenbaum, D.H. (1977). **Cognitive-behavior modification.** New York: Plenum Press.

Mischel, W. (1968). **Personality and assessment.** New York: John Wiley & Sons.

Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality. **American Psychologist.** 39, 351-364.

Morrison, R.L. (1990). International dysfunctions. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Neisworth, J.T., & Smith, R.M. (1973). **Modifying retarded behavior.** Boston: Houghton Mifflin.

O'Conner, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. **Journal of Applied Behavior Analysis.** 15-22.

O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1975). **Behavior therapy: Application and outcome.** Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.

Patterson, L., & Harbeck, C. (1990). Medical disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Pichot, P. (1989). The historical roots of behavior therapy. **J. of behavior Therapy & Exp. Psychology.** 20, pp. 107-114.

Schaefer, C.E., Millman, H.L., Sichel, S., & Zwilling, J.R. (1987). **Advances in therapies for children.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Schmaling, K.B., Fruzzetti, A.E., & Jacobson, N. (1991). Marital Problems. In

K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.). **Cognitive behavior therapy for psychiatric problems.** Oxford: Oxford University Press.

Seligman, M.E.P. (1975). **Helplessness.** San Francisco: W. H. Freeman.

Seligman, M. (1988). Me decades generate depression: Individualism erodes commitment to others. **The APA Monitor.** Vol. 19, No. 10.

Skinner, B.F. (1953). **Science and human behavior.** New York: Macmillan.

Skinner, B.F. (1974). **About behaviorism.** New York: Knopf.

Spiegler, M.D. (1983). Contemporary behavior therapy. Palo Alto, CA.: Mayfield Publishing Company.

Stampfl, T.G., & Levis, D.J. (1976). Implosive therapy: A behavioral therapy. In J.T. Spence, R.C. Carson, & J.W. Thibaut (Eds.). **Behavioral approaches to therapy.** Morristown, N.J.: General Learning Press.

Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. **American Psychologist.** 44, 188-199.

Weiss, R.L., Heyman, R.E. (1990). Marital distress. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.). **International handbook of behavior modification and therapy.** (2nd Ed.). New York: Plenum Press.

Wolpe, J. (1958). **Psychotherapy by reciprocal inibition.** Stanford: University Press.

Wolpe, J. (1973). **The practice of behavior therapy.** (2nd ed.). New York: Pregamon Press.

Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J.K. Zeig (Ed.). **The evolution of psychotherapy.** New York: Bruner/Mazel, Inc.

Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. **Behavior Research and Therapy.** 2, 27-30.

Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). **Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis,** New York: Pergamon Press.


منتدى سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET